

Tilburg University

Estrés, significado y contexto

Cruz Marín, C.E.

Publication date:
2013

Document Version
Publisher's PDF, also known as Version of record

[Link to publication in Tilburg University Research Portal](#)

Citation for published version (APA):
Cruz Marín, C. E. (2013). *Estrés, significado y contexto*. [s.n.].

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Estrés, significado y contexto

Proefschrift

ter verkrijging van de graad van doctor aan Tilburg University op gezag van de rector magnificus, prof. dr. Ph. Eijlander, in het openbaar te verdedigen ten overstaan van een door het college voor promoties aangewezen commissie in de Ruth First zaal van de Universiteit

op

dinsdag 14 mei 2013 om 12.15 uur

door

Carlos Eduardo Cruz Marín

geboren op 21 november 1957 te Santiago, Chili

Promotores:

prof.dr. J.B. Rijsman
Prof. dr. D. Schnitman

Overige commissieleden:

Prof. dr. J. Leiva Cabanillas
Prof. dr. T. Quintana
Prof. dr. B. Rodríguez Vega
Prof. dr. R. Aristegui Lagos

Tesis

Estrés, significado y contexto

Una revisión del concepto de estrés desde una perspectiva epistemológica
construccionista social y su uso según el contexto en que se aplique

Thesis

Stress, meaning and context

A review of the concept of stress from a social construction perspective and its
use depending on the context it is applied

**Tesis para optar al grado de Doctor en Ciencias Sociales por la
Universidad de Tilburg**

Autor: Carlos Cruz Marín. Profesor Asociado Universidad Adolfo Ibáñez

Director de tesis: Ph. D. John Rijsman

Tutor: Ph. D. Jorge Leiva Cabanillas

Revisor: Ph. D. Dora Fried Schnitman

Ilustradora: Srta. Isabel Correa

ÍNDICE

	Página
Resumen	5
Introducción	6
1. Justificación de la investigación	7
2. El problema de investigación	11
3. Objetivos	12
4. Marco teórico	13
4. 1 Fenomenología biológica	13
4. 2 Hacia una fenomenología social del estrés	19
5. Posicionamiento paradigmático y enfoque metodológico	30
6. Resultados	33
6.1 Etapa del laboratorio (o etapa de inteligibilidad A)	33
6.2 Del laboratorio al estudio de campo	39
6.3 Revisitando el laboratorio	46
6.4 El retorno a la clínica: estudio de trauma o estresores graves	59
6.5 Avanzando en la clínica: buscando la mirada del otro en relación:	67
6.5.1 El estudio de la calidad del servicio entregado: la perspectiva del paciente/usuario	70
6.5.2 Cuando el paciente golpea a nuestra puerta: el antes, el durante y el después	72
6.6 Un paso más en la clínica: el otro en relación conmigo	76
6.7 Regresando a las personas: estudio poblacional del estrés	90
7 Conclusiones finales	106
8 Referencias bibliográficas	110
Anexo N° 1	120
Anexo N° 2	121

Summary

The purpose of my thesis is to make a critical reflection, from a general epistemological perspective to a social construction point of view, about the concepts of stress, adaptation, crisis, illness and disease, search for support and stress handling.

Stress is a worthy concept as to its originality and synthesis. Developed by H. Selye and based on his clinical observations and biological background, establishes a common pattern of adaptive response of living beings in front of fear, what has allowed the study of threat response in animals and in men. However, his study has been segmented and typified as a stereotyped phenomenon, in spite of the evidence of the specificity in each individual.

In further investigations with people, the finding of the relation of stress and psychopathology arose, but also the way of approaching its study, where is no consensus point. It was evident that the inter subjectivity was determinant in the trial of stressful situations; we are taught to recognize situations as stressful and the learning to face them, that is, they acquire a personal and interpersonal meaning, as it was proposed by the biological phenomenology and social construction perspectives.

For that, I will make a critical review of my research and literature about the concept of stress and its implication, in an attempt to establish relations between biological, psychological and social aspects under a clinical and human interaction view, based on my professional experience and the transition from empirical approach to social phenomenology.

I try to rescue the way how it is developed the capacity of individual response and its social character, as much with significant figures as with more societal aspects, meaning that the stress response is also given in a context.

I look for establishing a “dialog” relation between stress and crisis as phenomena that are defined by people as difficulties in front of fear, as well as critically looking the concept of adaptation in terms of their “desirability” in adverse environments developed by men, considering social and economical aspects.

I will also explicit possible ways in which people face difficulties, some of them becoming stronger with resilient strategies, others feeling overwhelmed (illness included), emphasizing the strength that interpersonal relationships acquire, the search for help they define and the role played by the professional in this process, with the risks of no recognition or the stigma involved.

Finally, my thesis affirms that the stress is a useful concept but depending on the context we use, suggesting that the paradigm of complexity would be an enriching methodology to discuss and explain the stress studies to be implemented.

Introducción

“Para cualquier tipo de situaciones, debería ser posible encontrar un número potencialmente ilimitado de descripciones y explicaciones”

Gergen K., An invitation to social construction

Esta tesis revisa el concepto de estrés, cuya definición surgió bajo un marco empírico lógico a mediados del siglo XX y en condiciones experimentales, con el propósito de determinar su validez como constructo útil para investigaciones más allá del ámbito biológico.

El cúmulo de investigaciones realizadas bajo el alero de este concepto ha obligado a reflexionar acerca del proceso involucrado, dejando vacíos comprensivos debido al uso de una concepción científica tradicional, sin criticar sus limitaciones. De allí que, en el ámbito clínico y social se pesquise la imposibilidad de acuerdo para su estudio, dada su complejidad y la multiplicidad de metodologías en uso (Doublet, 1999).

La tesis por tanto implica una revisión crítica del estrés desde una perspectiva epistemológica, que vaya más allá de la definición dada por la ciencia tradicional y que surja de una fenomenología biológica en camino hacia el construccionismo social (Maturana, 1973, Gergen, 1996).

Esta aproximación más que debilitar o inhabilitar el concepto de estrés, lo enriquece y permite ser usado en ámbitos más amplios de investigación.

La pregunta que guiará toda la tesis será ¿Existe un concepto de estrés o es de múltiples significados y será útil esta aproximación para la investigación del fenómeno denominado estrés?

En memoria de mi mentor, Dr. Luis Vargas Saavedra

1. Justificación de la investigación

Si bien el concepto de estrés tomó forma definitiva y connotada bajo el alero de las primeras publicaciones de *Hans Selye* (*Selye, 1952*) que dieron el impulso científico a la idea, éste nació con los conocimientos previamente aportados por *Walter Cannon* (*1914*), el eximio fisiólogo de Harvard, que fue objetada en Francia y en los países latinos. Para iniciar esta historia debo remontarme un poco más lejos, hacia el siglo XIX, período en el cual aparece el notable fisiólogo francés *Claude Bernard* (*1815-1878*), creador de la Medicina experimental y del concepto de “constancia del medio interno”, base para la comprensión de la regulación del estrés. Walter Cannon, destacado fisiólogo estadounidense, descubridor del Sistema simpático y de la adrenalina que llamó Simpatina y creador del concepto de homeostasis. Es el primero en usar la palabra estrés y que acuñó la célebre frase “to fight or flight”, en español “lucha o huida”, que sintetiza el interés que tuvo de investigar el estrés.

Sin embargo, el concepto alcanzó su máximo desarrollo cuando fue retomado y desarrollado por Hans Selye, pero el Instituto Americano de Estrés ha señalado que:

“Aunque Selye tenía fluidez en al menos ocho idiomas, incluyendo inglés; y podía conversar en alrededor de una docena más, su elección de la palabra “estrés” para describir un síndrome inespecífico fue desafortunada.

Él había usado el término “estrés” en su carta inicial al editor de la revista *Nature* in 1936, quien le sugirió que debía eliminarla dado que implicaba una amenaza o tensión nerviosa y la sustituyó por reacción de alarma.

Además, Selye no se dio cuenta que estrés ha sido usado por siglos en la física para explicar la elasticidad, que es la propiedad de un material que le permite recuperar su tamaño y forma después que ha sido comprimido o estirado por una fuerza externa. Selye comentó después que hubiera preferido usar el concepto de “strain” o torsión, que también proviene de la física y que surgió con la ley de Hooke en 1658, que habla que la magnitud de la fuerza externa, o *estrés*, produce un deformación proporcional, o *strain* en un metal maleable”.

No obstante, no se pudo encontrar una palabra que la substituyera.

Selye elaboró el “*general adaptive syndrome*” (GAS) o *Síndrome de Adaptación General* en español, que fue ridiculizado como nada más que “gas”, del cual nada quedaría.

En esta excesiva reacción se juntó la resistencia a lo nuevo, con la innovación conceptual revolucionaria que destruía conceptos establecidos ¿Cómo va a ser posible que causas tan variadas como físicas, químicas, infecciosas, traumáticas o psicológicas, vayan a producir una respuesta similar?

SINDROME DE ADAPTACIÓN GENERAL (S.G.A)

Reproducción del texto "The Stress of Life" de Hans Selye, 1956

EL CURSO DE LA RESPUESTA DEL ESTRÉS ES TRIFÁSICA

"Si seguimos el desarrollo del S.G.A (G.A.S en inglés) podemos ver que se desarrolla a través de un curso trifásico típico. Para ilustrar esto destaqué que si un animal es expuesto continuamente a un estresor (por ejemplo, frío) la corteza suprarrenal descarga primero todos los gránulos microscópicos de grasa que contienen las hormonas corticales (reacción de alarma), para luego cargarse de innumerables gotas de grasa (etapa de resistencia) y al final los pierde nuevamente (etapa de agotamiento). Como se puede ver, la misma curva trifásica representa las manifestaciones del S.G.A



Así pues, Selye no logra alejarse de la idea de un objeto que está bajo una presión o amenaza externa, que sufre una deformación más o menos transitoria. Desde entonces una verdadera cascada de investigación ha venido desarrollándose acerca de las características de esta respuesta en animales y humanos, en especial en su relación con la génesis de enfermedades en general y mentales en particular.

Un concepto ampliamente utilizado en relación a estrés es el de "coping" o "afrontamiento" en español y adaptación como resultado positivo de una adecuada respuesta a las exigencias del medio.

Sin embargo, desde estas definiciones así establecidas en adelante, ha habido confusión acerca de lo propio de esta respuesta, lo que lo define, cómo abordar su estudio y las conclusiones que resultan de los análisis de resultados de la investigación empírica. Es así como el término "crisis" se ha usado indistintamente al de estrés, o se le ha atribuido a éste un papel patógeno a priori, sin mayor cuestionamiento.

Del mismo modo, en las investigaciones se ha encontrado con que es difícil generalizar hallazgos por la enorme variabilidad de respuestas que se observan en humanos, así como la aparición o no de enfermedad. Asimismo, el reconocimiento de ésta y la conducta asociada a enfrentarla y resolverla difiere entre pacientes y terapeutas y sus respectivas concepciones del proceso.

He observado que los autores que han tratado de adelantar una definición, generalmente han sido dominados por la disciplina que cultivan. Así, las definiciones son más fisiológicas o más endocrinológicas, o más psicológicas o sociales.

Hans Selye, descubridor en su componente endocrino-hormonal y de reconocida originalidad, dio en 1946 una primera definición de éste, que era una micro síntesis descriptiva de lo mucho que él conocía sobre la reacción endocrina, pero que no constituye una definición.

En las siguientes definiciones introdujo agregados que procuraban precisar el concepto de *inespecificidad* que tanto le interesaba desde sus primeras observaciones en pacientes, los cuales, al iniciar enfermedades infecciosas presentaban fiebre, malestar, dolor de cabeza y aceleración del pulso.

Si bien Selye puso su atención en algo tan común que nadie tomaba en cuenta, expresión de su genialidad, naciéndole la idea de la inespecificidad, este fue un concepto que lo persiguió en sus comentarios y definiciones. Por ej., cuando afirma que: "*la inespecificidad de la demanda, como tal, es lo esencial del estrés*" (1974), estamos frente a una afirmación discutible; si por demanda se entendiera al *estresor o situación demandante*, nos parecería correcta la afirmación, pero para Selye *demanda es respuesta*.

Pienso que la inespecificidad es una característica importante del estresor, sea éste físico, químico o psicológico, pero no es lo fundamental del estrés.

Una autoridad en la investigación del tema (Mason, 1975), discutía la noción de inespecificidad de Selye, quién afirmará posteriormente: "*estrés es la suma de las respuestas inespecíficas del organismo que se producen por la acción prolongada del estresor*" (1974).

Aquí define con claridad a la demanda como respuesta y no al estresor, conclusión contraria a la mía, donde el estresor es lo inespecífico. El malentendido se amplifica por el uso de la palabra *demanda*, más apropiada para lo económico que lo biológico. Posteriormente reduce excesivamente la redacción de la definición hasta terminar por decir que: "*el estrés es una respuesta inespecífica del cuerpo ante cualquiera demanda*" (Selye, 1974).

Tal definición no explica lo que es el estrés y me parece confusa porque ahora demanda pasa a ser estresor y es hasta válida para el arco reflejo nervioso (Cruz, 1998).

Desde otro ámbito, se ha expresado que el estrés es "una palabra clave", queriendo decir que "es un término vago cargado de asociaciones y connotaciones, que conlleva significado en una forma compacta" (P. Christian, 1979).

Este mismo autor traza la evolución del concepto realizado de teorizaciones psicológicas, que introducen el componente subjetivo al análisis de la respuesta del estrés y concluye: "estrés y la reacción del estrés son básicamente expresiones de procesos cognitivos intervinientes".

Se establece entonces un salto desde un modelo lineal de causa-efecto a uno de relaciones no lineales o multidimensionales, puntualizando que:

“cualquier definición que no tome en consideración al individuo en su contexto situacional (es decir, el estrés definido como una variable puramente objetiva) está condenada al fracaso” (P. Christian, 1979).

Más aun, si considero que la definición clásica de enfermedad en medicina se restringe a los aspectos morfológicos que puedan encontrarse en relación a ella, el término estrés se usa con mucha frecuencia para referirse más bien a un síntoma, que no presenta un daño celular:

“la principal característica es una sensación de estar enfermo experimentada con malestar (fatiga, cambios de humor) resumida en el uso popular del término estrés” (P. Christian, 1979).

Si bien la reflexión parece ser esclarecedora y la investigación se amplía y diversifica con un sustento aparentemente sólido, las críticas arrecian debido a la persistencia de la imprecisión o vaguedad de conceptos e incluso su origen lo remontan a la necesidad de reemplazar las teorías del origen “nervioso” de las enfermedades, predominante en los siglos previos al XX o simplemente para expresar “tensión nerviosa”, no implicando más que dificultad o adversidad. (Doublet, 1999).

Cox lo enuncia con claridad:

“el concepto de estrés es evasivo o impreciso por qué está pobremente definido. No existe una definición única acordada existente. Es un concepto familiar tanto al lego como al profesional. Es comprendido por todos cuando se habla de él en un sentido general, pero por unos pocos cuando se requiere una descripción más precisa y que parece ser el problema central” (Cox, 1985).

2. El problema de investigación

Establecida la controversia, mi tesis se propone introducir una reflexión sobre los fundamentos epistemológicos del concepto de estrés y la necesidad de precisar la postura desde la cual se define este constructo, es decir: la revisión del concepto de estrés y su concepción, con las distorsiones semánticas que ello implica para su comprensión y estudio, como también el uso social que ha adquirido el concepto.

La evolución de las investigaciones en estrés y las convergencias y divergencias que aparecen de éstas, basadas en perspectivas diferentes de abordaje, vale decir, desde un punto de vista biológico, psicológico y cultural.

Nacido bajo el alero de la biología, el estrés fue elaborado exhaustivamente por Hans Selye, desde la perspectiva de la ciencia tradicional, aportando innumerables avances acerca de la etiología de enfermedades, en especial infecciosas, estudiadas en laboratorio y en la clínica. Su fundamento epistemológico fue la existencia de la realidad como algo dado y externo al sujeto, por tanto cognoscible con independencia del observador.

La investigación que aquí se desarrolla apunta a revisar la noción de realidad desde la perspectiva de la fenomenología biológica de Maturana (Maturana H., 1973), centrada en la biología del conocer y las limitaciones de ésta.

Las críticas y revisiones del concepto amplían el campo de acción sobre el que puede aplicarse el constructo: ámbito psicológico y posteriormente, el social.

Establecidos los límites de un abordaje desde la biología, analizaré el fenómeno de la creación compartida de la realidad que se da entre personas y en la sociedad, recurriendo al construccionismo social como visión abarcadora, que supera la dicotomía sujeto cognoscente objetivo-realidad allá afuera cognoscible.

La necesidad de realizar una revisión como la que planteo, radica en que los supuestos de las investigaciones y avance acerca del estrés y sus efectos nocivos, deben ser puestos en tela de juicio para intentar establecer la perspectiva desde la cual se ubica el investigador, la visión de realidad que sostiene, sea o no consciente de ella, los análisis que lleva a cabo y los resultados y consecuencias derivadas de ellos.

Para un diálogo enriquecedor, se requiere colocar sobre la mesa las definiciones a priori que sostiene la postura del investigador u observador, este último como siendo participante de lo que investiga e imprimiendo a lo que investiga una tonalidad propia. Desde esta perspectiva el estrés transita como un ejemplo del paso de la comprensión que posee la modernidad a las nuevas aportaciones de la posmodernidad.

La importancia de tal revisión radica en la urgente necesidad de darle una coherencia epistemológica al concepto de estrés, tal que permita establecer un modelo de trabajo bajo el cual se pueda entender estos fenómenos y precisar límites de los análisis sin descartar perspectivas, sino como aportes parciales a una comprensión más abarcadora del estrés.

3. Objetivos

Objetivo general:

Establecer una manera de entender, delimitar y actualizar el concepto de estrés

Objetivos específicos:

- a) Revisión crítica de la definición de estrés y su aplicación a animales de laboratorio
- b) Rol del estrés como desencadenante de patología en animales y sus implicancias clínicas
- c) Análisis de la transición del concepto a humanos
- d) Estrés como concepto relacional: la participación de una díada
- e) La perspectiva del paciente frente al estrés y sus consecuencias
- f) Dificultades metodológicas en el estudio del estrés en humanos y sus consecuencias clínicas.
- g) Análisis de los determinantes sociales y su aporte al conocimiento del fenómeno en humanos
- h) Integración de diferentes perspectivas confluyentes en torno al estrés

4. Marco teórico

1. La fenomenología biológica

Me parece conveniente comenzar la revisión del concepto de estrés, nacido desde la biología, como un fenómeno que puede ser abordado desde ella misma. Esta área del conocimiento ha sido abordada tradicionalmente desde la perspectiva científica reduccionista, con ideales de certeza moderna.

Se atribuye a Jacob Von Uexküll la noción de que los organismos están en un medio y perciben las señales que sus limitaciones les imponen, y a estas señales le dan un sentido, una importancia vital para ellos, que les permite la adaptación: de allí que planteó que, aunque se descompongan todas las características de estas señales, seguirán siendo en definitiva caracteres perceptivos de nuestros sentidos y representaciones. (Citado en Lorenz, 1983)

Al sentar una propuesta acerca de las bases de nuestra incapacidad de tener certeza de lo que observamos y, por tanto, de lo que nos representamos como medio externo, es un tema desarrollado por Maturana con su propia teoría, en que ratifica la noción de que tendemos a vivir en un mundo de certidumbres, asumiendo la convicción que “las cosas sólo son de la manera que las vemos” (Maturana, 2007, página 5).

Sin embargo, nos señala al mismo tiempo que toda nuestra experiencia cognitiva esta enraizada en nuestra estructura biológica, “donde toda experiencia de certidumbre es un fenómeno individual ciego al acto cognoscitivo del otro” (Maturana, 2007, página 7).

La comprensión de este proceso es lo que inicialmente puede dar sentido al estrés como surgiendo desde el conocer, pues éste, al igual que planteaba Von Uexküll, se basa en la efectividad operacional del organismo vivo en su dominio de existencia, por tanto, el conocer se entiende como *acción efectiva*, “acción que permita a un ser vivo *continuar su existencia* en un medio determinado al traer allí su mundo a la mano” (Maturana, 2007, página 15).

Esta idea central que desarrolla el autor define un camino que, basado en la teoría evolutiva, indica un modo de sobrevivir, de continuar o no con vida, y es un fundamento de la mayor importancia a la concepción inicial del estrés y, por tanto, puede ser entendida como uno de los modos en que los seres vivos han desarrollado la capacidad de *efectivamente actuar sobre su medio*, evitando su desaparición.

Asimismo, la idea sostenida por este autor de *acoplamiento estructural*, de dos o más entidades, subyace al estrés como mecanismo que permite que éste se dé, evitando la desintegración. Reconozco hasta aquí la amplitud con que definimos el concepto de estrés.

Del mismo modo, esta respuesta podría tener la potencialidad de ser transmitida a sucesivas generaciones, facilitando un acoplamiento estructural de la especie, fenómeno también propuesto por Maturana.

Tenemos hasta aquí entonces que los seres vivos, en especial los meta celulares, han tenido un acoplamiento estructural con el medio, y que un posible mecanismo que lo ha permitido sería el estrés, como *respuesta adaptativa exitosa*, que ha sido acción efectiva, transmitida filogenéticamente.

Este postulado me trae a colación la pregunta de ¿Cómo el estrés puede ser útil en individuos de tan diversas características? La respuesta puedo esbozarla desde la ontogenia de estos seres, pues es allí, en la variación que experimenta durante su desarrollo individual, lo que

“resulta en una manera distinta de ser en el mundo donde se está, porque es la estructura de la unidad la que determina cómo interactúa en el medio y qué mundo configura” (Maturana, 2007, página 59).

Sin embargo, simultáneamente este medio que se relaciona con el ser vivo multicelular, es operacionalmente distinto de éste, dada la autonomía que posee. Aunque entre ellos se da una *congruencia estructural*, el medio puede desencadenar un efecto, pero es necesario precisar que este cambio será *determinado* por la estructura de lo perturbado.

Lo propio vale para el medio, el ser vivo es una fuente de perturbaciones y no de instrucciones” (Maturana, 2007, página 64).

Nuevamente, la respuesta de estrés puede ser conceptualizada como propia del ser vivo, y es desencadenada por el medio, y cuyas características dependerán de este ser vivo en particular, abriéndose así una vía que permite explorar las variaciones de las respuestas del estrés descritas en distintos estudios (Mason, 1975).

Maturana define entonces los dominios que la estructura de una unidad específica. El estrés se ajusta a este tipo de ámbitos así definidos: el dominio de perturbaciones y de cambios de estado pueden agruparse bajo el concepto de “homeostasis”, es decir, de los continuos ajustes que hace el organismo vivo rutinariamente para subsistir, tales como la regulación de la temperatura, el oxígeno, la glicemia, etc.

Por otra parte, en el dominio de las interacciones destructivas y los cambios destructivos, puede entenderse lo que se denomina “heterostasis”, o cambios de una magnitud inhabitual que pueden comprometer la vida de ese organismo.

Esta proposición tiene especial sentido en lo que atañe a esta tesis, pues crea un puente para dar soporte a aquellos que establecen la distinción de cambios menores o mayores en la respuesta adaptativa.

Bruce Mc Ewen (2003), discrepa de este mecanismo regulatorio y se refiere a la idea que durante el estrés se estimula un mecanismo diferente a la homeostasis, que él llama Alostasis, que viene de la raíz griega *allo*, que *significa variable*, y que enfatiza el punto que los sistemas alostáticos ayudan a mantener el cuerpo estable siendo ellos mismos capaces de cambiar.

Con esto el investigador apunta a que los mecanismos responsables de la estabilidad del medio interno, funcionan habitualmente corrigiendo márgenes de cambios mínimos. En cambio, durante el estrés, estos mecanismos se enfrentan a desafíos mayores, mayores exigencias de respuestas, lo llamado por Selye un *estado heterostático* o, según Mc Ewen, con la presencia de mecanismos alostáticos, es decir, de mayores exigencias de adaptación o regulación del organismo.

Y más aún, Bruce Mc Ewen (2003) concluye:

“Alostasis en un escala mayor, tal como se le caracteriza por el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, ha evolucionado varios cientos de millones de años. Para ser más precisos, lo que yo llamo *Alostasis* ha estado aquí por un largo tiempo; su desarrollo paso a paso se sumerge en las aguas de la prehistoria” (Mc Ewen, 2003, página 27).

Discrepo con Mc Ewen en la idea de una “carga alostática”, que hace referencia a la acumulación de estresores o su mantención como generador de desequilibrios, pues mantiene el carácter “físico” de los conceptos de estrés que evitamos conservar. Es más, Selye (1974) lo expresó muy bien diciendo que en la respuesta al estrés había que considerar que:

1. Estímulos cualitativamente diferentes de igual toxicidad no necesariamente producen la misma respuesta en personas diferentes.
2. Incluso a igual grado de estrés, inducido por el mismo estímulo, pueden producirse lesiones diferentes en distintos individuos.

Si tengo presente entonces lo propuesto por Maturana, puedo compatibilizar lo que él llama el *acoplamiento estructural* y el proceso por el cual se alcanza, que define como *adaptación*, y el estrés como, al menos, uno de los mecanismos que subyacen al proceso de acoplamiento estructural.

Las explicaciones dadas hasta ahora me permiten sostener con algún fundamento que la teoría del estrés tiene un sustento epistemológico biológico, aunque reconocemos el carácter general que he extraído de las concepciones de Maturana.

Me interesa finalmente avanzar en la comprensión de la respuesta de estrés en humanos, bajo la idea de seres multicelulares, dotados de sistema nervioso que les permiten un bagaje de conductas más complejo y amplio:

“cuando en un organismo se da un sistema nervioso tan rico y tan vasto como el del hombre, sus dominios de interacción permiten la generación de nuevos fenómenos al permitir nuevas dimensiones de acoplamiento estructural. En el hombre esto, en último término, hace posible el lenguaje y la autoconciencia” (Maturana, 2007, página 117).

A partir de allí, es posible trazar para este autor el desarrollo de comunidades de pluricelulares y sus peculiaridades, como el actuar en beneficio del conjunto, y que aparece para un observador como una conducta “altruista”, y al mismo tiempo, “egoísta”. Según el plantea, la individual es irrelevante para un conjuntos de seres pluricelulares.

Y afirma a continuación:

“Para los componentes como seres vivos, en cambio, su individualidad es su condición de existencia. Es importante no confundir estos dos niveles fenoménicos para la cabal comprensión de los fenómenos sociales” (Maturana, 2007, página 141).

De esta manera se comprende la conducta de un antílope que se posterga en una colina respecto al grupo, para vigilar si algún predador los sigue. Esta acción es para Maturana,

“altruistamente” egoísta y “egoístamente” altruista, porque su realización individual incluye su pertenencia al grupo que integra” (Maturana, 2007, página 131).

En el desarrollo del lenguaje humano, se han postulado diversas teorías, recurriendo Maturana a la de atribuir un carácter social a los primeros homínidos, “de relaciones

interpersonales afectivas estrechas, asociadas al recolectar y compartir alimentos” (Maturana, 2007, página 143).

De este modo, para él, es la aceptación del otro junto a uno en la convivencia, *el fundamento biológico del fenómeno social*:

“sin amor, sin la aceptación del otro junto a uno no hay socialización, y sin socialización no hay humanidad” (Maturana, 2007, página 163).

Así, la teoría biológica del conocimiento da sustento al constructo “estrés”, permitiendo enraizarlo en lo más profundo de los seres vivos, con distinciones que hago a lo largo de esta revisión.

Sin embargo, aun cuando “naturalmente”, como parte de nuestro sentido común o de una visión romántica de la vida, comparto los postulados de Maturana sobre los afectos y su influencia en el desarrollo de los homínidos, y más específicamente en el hombre tal como ha llegado a nuestro días, me parece que éste corresponde a un salto epistemológico que su teoría no permite hacer (Maturana, 1995).

Más aun, para un construccionista social como Gergen este posicionamiento es más comprometedor:

“las suposiciones de que las emociones están ahí y que, de algún modo se *manifiestan*, se abrazan a priori con toda tranquilidad. Constituyen un salto al espacio metafísico” (Gergen, 1996, página 272).

Dicho de manera diferente, no existe mayor inconveniente en postular que las relaciones de convivencia o de mutuo compartir entre hombres se dan como un mecanismo de acoplamiento estructural, que favorece la sobrevivencia y, como tal, es transmitido genética y culturalmente a las nuevas generaciones, entendido como un modo de relación que permite la adaptación.

Para los occidentales, la referencia a los afectos retrotrae a la filosofía griega y sus concepciones, entre otros, que no se corresponden con la postura de la fenomenología biológica aquí considerada, sin excluir la posibilidad de diálogo que pudiera establecer.

No se trata pues de descartar de plano los postulados de Maturana respecto a los afectos y específicamente al amor, sino de mostrar que se produce un cambio de dominio conceptual, en tanto si es posible aceptar sus postulados del nacimiento de los sistemas sociales humanos:

“Lo humano surge, en la historia evolutiva a la que pertenecemos al surgir el lenguaje, pero se constituye de hecho como tal en la conservación de un modo de vivir particular centrado en el compartir alimentos, en la colaboración de machos y hembras en la crianza de los niños, en el encuentro sensual individualizado recurrente, y en el conversar” (Maturana, 1995, página 90).

Más aun, desde la etología, Konrad Lorenz postula la presencia de cuatro instintos básicos que compartimos con los animales: el hambre, el miedo, la agresividad y la pulsión sexual; mientras en el animal ellos están desde su nacimiento y tiene mecanismos de excitación e inhibición más o menos precisos, en el hombre son *potencialidad*, es decir, puede elegir como expresarlos o modularlos (Lorenz K., 1983).

Es necesario precisar que el etólogo en cuestión, no concibe la agresión como el impulso de defensa o destrucción, sino como una energía que permite tomar iniciativa, que es lo que lleva a la acción, a la creación.

En relación al desarrollo del vínculo amoroso en las primeras agrupaciones Lorenz postula que todo induce a creer que los lazos de amistad personal se han establecido a consecuencia de la necesidad, para determinados individuos, de cesar en sus querellas, a fin de unir mutuamente las fuerzas en contra de otros individuos de una misma especie (Lorenz K., 1983).

Esta aquí una propuesta diferente, sino antagónica a la de Maturana en relación al origen de las primeras comunidades humanas.

Sin embargo, para el planteamiento de esta tesis, las emociones sí deben ser consideradas y debemos colocarnos bajo un alero epistemológico que de sustento a la comprensibilidad del concepto de estrés. En este sentido, el construccionismo social propone una alternativa de análisis interesante, en cuanto define las emociones como socialmente contingentes:

“Las expresiones emocionales son significativas (en realidad fructifican al valer como emociones legítimas) solo cuando están insertas en secuencias particulares temporales de intercambio” (Gergen, K., 1996, página 275).

La temporalidad se torna aquí candente y muy relevante para la comprensión de estrés, en tanto concepto histórico de reciente valor social y en cuanto se relaciona estrechamente con los que llamamos emociones:

En torno a este punto ha habido una gran discusión, que no cesará aquí, pero a la cual debo referirme. Se trata de la interfase o la transición desde los primates al hombre y el desarrollo de las emociones, “instintos” o comportamientos innatos. Pareciera que la sola mención de lo innato en el hombre y su similitud con lo animal, desencadenará discusiones insalvables.

Para mí el abordaje de Maturana es un intento de comprender la creciente complejidad en la relación humana y su riqueza de variedades; sin embargo, he mencionado a lo menos una distinta que propone otro abordaje.

También se ha propuesto, y de modo no excluyente, que han sido las restricciones perceptivas las que habrían estimulado a los primeros homínidos a desarrollar estrategias de adaptación, que inicialmente les fueron permitidas por sus cambios biológicos peculiares (aumento de la masa encefálica, gracias a su posición bípeda y asociado a la liberación de sus manos para actividades distintas a lo prensil, como cambios en la mandíbula que habrían facilitado la adquisición de lenguaje hablado), pero que a partir de entonces adquieren un sello cualitativamente diferente y desarrollo exponencial de sus capacidades de adaptación. (Morin E., Piatelli-Palmarini M., 1983)

Del mismo modo, se aprecia cierta resistencia a la idea, con gran sustento experimental, de que habría patrones heredados genéticamente de comunicación. Un etólogo como Eibl-Eibesfeldt (2008), discípulo de Lorenz, ha mostrado como no sólo entre animales, sino también en humanos, de distintas sociedades actuales, tienen formas innatas de comunicar agrado o desagrado por ejemplo, y lo ha corroborado en experiencias con niños sordos de nacimiento, criados con padres sordos, de tal modo que no han podido aprender gestos o movimientos de comunicación. Ambos han dicho que posee una historia cultural y una prehistoria natural. y que ambas continúan interactuando.

Es posible que, por una parte, lo planteado por Maturana o Lorenz sean distintas formas de concebir el inicio de los pequeños grupos de homínidos, pero que en definitiva este modo de comunicación y relación haya sido la manera de mantener la cohesión y la sobrevivencia.

Por otra parte, es posible suponer que este modo prelingüístico de relación sea innato, para asegurar un rápido y efectivo modo de establecer contacto emocional entre humanos. Lo anterior no resta ninguna importancia ni valor al fenómeno lingüístico propiamente tal, así como a la riqueza implícita que conlleva.

4.2 Hacia una fenomenología social del estrés

Sin embargo, el descubrimiento de expresiones gestuales comunes a la humanidad, aporta sustento a la idea que en el hombre hay lenguaje no verbal, con indicaciones tan importantes que han sido seleccionadas a lo largo de la evolución, pero más interesante aun es cómo concebir el lenguaje verbal y las consecuencias que ello trajo para la humanidad.

Desde una perspectiva neurobiológica, es posible postular que en el hombre existe una necesidad de relación social para completar su desarrollo. Y esto no sólo hace referencia a los niños criados sin humanos alrededor o sin un contacto significativo con ellos. Me refiero al sentido original de conciencia: “el conocer con otros”.

La evidencia apunta a que hay una disposición en algunos procesos de desarrollo cerebral a proceder sin estímulo ambiental hacia su maduración o expresión.

En cambio, en el humano parecen relevantes ciertas tendencias biológicas a buscar este desarrollo fuera, llamémoslo así claves o impulsores culturales. Bien lo ha expresado Bartra (Bartra R., 2007) al plantear una hipótesis biocultural, la del *exocerebro*: el hombre, además de cerebro triúnico descrito por McLean, poseería una estructura adicional (fisiológicamente hablando), que se encuentra en particular relación con lo externo, que cubre la necesidad del hombre de “suplir” su desarrollo con elementos culturales, ligado esto a la necesidad que tiene de ser criado por años antes de su madurez como organismo.

El la compara al órgano visual, que correspondería al cerebro expuesto fuera del cráneo y las llama *prótesis* a estos suplementos que proporciona la cultura. Prefiero usar otra descripción que puede ser más ilustrativa: para alcanzar el hombre su humanidad completa, entendida como desarrollo de capacidades simbólicas plenas, requiere de *suplementos* que le son indispensables, al modo de los aminoácidos que requerimos del ambiente para sobrevivir, que llamamos esenciales, teniendo algunos otros que producimos y que en conjunto permiten la producción de proteínas, las bases de nuestro organismo físico.

Recurriendo a una extensa revisión de la literatura, hace hincapié en el hallazgo de las neuronas espejo, descritas por Rizzolatti en 1996 (citado por Bartra, 2007), que se activarían no sólo con el propio movimiento sino con la observación otro realizándolo.

También plantea la discusión acerca del carácter privado de la conciencia o de interna versus externa, como tradicionalmente la hemos concebido. Más bien para él, su énfasis está puesto en que es algo que desarrolla desde ambas posiciones, y ubicarla en un lugar u otro no tiene sentido; más bien:

“hay que subrayar que, vista desde esta perspectiva, la conciencia no radica en el percatarse de que hay un mundo exterior (un hábitat), sino en que una porción de ese contorno externo “funciona” como si fuese parte de los circuitos neuronales” (Bartra R., 2007, página 23).

Para mí, Bartra establece una base para avanzar en la comprensión de cómo el hombre aprende a percibir y estructurarse, adquiriendo lenguaje, al tiempo que incorpora en sí la cultura, y entre otras cosas, lo que considera arriesgado, peligroso, perturbador, elementos centrales en la concepción del estrés.

En este sentido, es Varela quién ha planteado esto en términos más abarcadores, al decir que no pensamos con la cabeza sino con todo el cuerpo y que conocemos en el

hacer, en el contacto con lo que nos rodea, y que, por ello, no es posible hacer la distinción interior/exterior, pues ambos están determinados o influenciados de manera conjunta (Varela, 2000).

La pregunta relevante en este punto es entonces: ¿Qué y cuánto se aprende de la idea o la vivencia del estrés en el hombre, es decir, adquiere nuevas propiedades de orden social?

Establecidas las bases del funcionamiento biológico en seres vivos y en el hombre, y dadas las limitaciones de éstas, la resolución de este impasse puede ser encontrado en otras aproximaciones al estudio del estrés, considerando la complejidad que éste adquiere en el ámbito del ser humano.

La tradición científica ha impregnado el estudio de la conducta en general, y del estrés en particular. Esta tradición ha enfatizado además, *el rol del individuo como entidad independiente aunque inserto en mundo de relaciones*.

De allí, que gran parte de los estudios de la respuesta del estrés, se hayan concentrado en la evaluación (*appraisal* en inglés) y el afrontamiento de situaciones estresantes y así se ve reflejado en definiciones formales:

“The fifth definition of stress by the Gale Encyclopedia of Mental Disorders (2003) on the other hand, states “stress is a term that refers to the sum of the physical, mental and emotional strains or tensions on a person. Feelings of stress in humans result from interactions between persons and their environment that are perceived as straining or exceeding their adaptive capacities and threatening their well-being. The element of perception indicates that human stress responses reflect differences in personality as well as differences in physical strength or health”.

En www.gostress.com/stress-definitions

Sin embargo, si me aproximo al estudio del fenómeno desde un punto de vista evolutivo, la especie ha sobrevivido con éxito debido más bien a un esfuerzo colectivo, del que participa cada individuo, que no por ello deja de tener un valor específico.

Siguiendo la línea de Maturana, acepto el surgimiento de grupos organizados que multiplican esfuerzos favoreciendo la supervivencia y luego un creciente desarrollo complejo de necesidades que van más allá de la mera subsistencia, y hecho posible gracias al lenguaje y sus asombrosas posibilidades de enriquecimiento humano.

Debo destacar que el lenguaje es un salto asombroso, que da un giro a la evolución del hombre y que éste no puede ser comprendido sin considerar aquel. Para la comprensión del estrés, este medio innovador que desarrolla el hombre de relacionarse consigo mismo y con los otros genera “nuevos mundos inteligibles” y establece al mismo tiempo una enorme separación entre el estudio de estrés en animales y el hombre, siendo los abordajes tradicionales de la ciencia experimental insuficientes para su comprensión.

Agrego que el lenguaje es una forma de relación, que el sentido de éste deriva de la posibilidad de ser aceptado por otros, una forma de relatar, entre otras existentes.

Por ello, dada las relaciones que se establecen entre humanos, el análisis del estrés desde una perspectiva individual es puesto en entredicho.

Para Hobfoll, un psicólogo dedicado al estudio del estrés,

“La experiencia individual del funcionamiento físico y psicológico está delineada en gran parte por la trama cultural de referencia” (Hobfoll, 1998, página 28).

Por otra parte, Gergen precisa el carácter restringido de las narraciones que nos hacemos a nosotros mismos, como enunciatoras de “verdades interiores” o de reflejo de realidad, dándoles un carácter más bien de construcción de ésta. Asimismo, las considera recursos culturales que cumplen con propósitos tales como la propia identificación, la propia justificación, la autocrítica y la identificación social. (Gergen, 1996).

Considerando que la evolución ha permitido al hombre el desarrollo de condiciones estables de vida, a pesar de sus restricciones fisiológicas, la pregunta acerca del valor o función actual del estrés como un modo de acoplamiento estructural debe ser concebida de una manera diferente o bien puesta en duda.

Es necesario no perder de vista que, los desarrollos de los biólogos cibernéticos como Maturana y Varela nos muestran que el organismo y el sistema nervioso son sistemas determinados en su estructura. Esto es, nada externo a un organismo o al sistema nervioso, *determina* lo que pasa en él.

Junto con el sistema nervioso es en el operar del sistema inmunológico, las dos redes biológicas cognitivas más evidentes, las que los llevaron a concluir que sólo una circularidad del tipo de los que ellos denominaron con el concepto clave de autopoiesis, puede ser la base de una organización autónoma.

La comprensión del término clausura operacional, es usado en un sentido de operación al interior de un espacio de transformaciones y no como sinónimo de cerrazón o ausencia de interacción. Lo que procura es caracterizar una nueva forma de interacción mediada por la autonomía del sistema (Rudrauf D., 2003).

El principio de clausura operacional permite comprender, a luz de las investigaciones sobre el sistema inmunológico, lo que sostiene F. Varela (2000), que éste es una clausura operacional propia de los linfocitos y las regiones V-variables de las inmunoglobulinas, que posibilitan la identidad somática al organismo multicelular. Solo de manera secundaria la red inmunológica desarrolla capacidades defensivas de tipo respuesta inmunitaria a infecciones masivas.

Contrariamente, la concepción inmunológica tradicional opera con la metáfora del sistema como defensa contra los antígenos externos invasores (Cruz C., 1990). Afirma Varela que ésta es una extensión isomórfica de la idea tradicional y dominante ‘representacionista’ del sistema nervioso, ambos operarían realizando funciones de información de input y de respuestas de output respecto al medio externo según esa metáfora.

En las ciencias biológicas, estos avances en el conocimiento del sistema inmunológico han impactado profundamente.

Las investigaciones han derivado a la comprensión del sistema inmunológico como constitutivo de la identidad somática, funcionando como proveedor de una red de inter comunicaciones al interior del espacio celular y molecular del organismo, y no como un generador de respuestas defensivas dirigidas al exterior. Se trata de un verdadero sistema cognitivo del cuerpo, afirma Varela (2000).

Estas investigaciones cuestionan fuertemente la *tradición explicativa casualista*, en cuanto a buscar explicaciones externas para justificar la ocurrencia de los fenómenos que observamos. Esta tradición es la que ha dominado el concepto de estrés.

Pero en los sistemas vivos los cambios que ocurren dentro de ellos dependen de su propia estructura como lo hemos venido señalando. Así, cuando como observadores, vemos algo que incide sobre un sistema, no es ese algo lo que provoca el cambio, sino que sólo desencadena dentro del sistema, un cambio estructural que estaba previamente determinado en la configuración del mismo. Un trozo de metal no crece como lo hace la planta, aunque reciba el mismo sol, agua y nutrientes.

Lo anterior significa, básicamente, que son los organismos los que modifican su propia estructura. Los elementos exteriores no pueden producir modificaciones de las estructuras; las estructuras se van modificando en la interacción, pero por medio de cambios desde el interior del sistema.

Por eso se puede hablar de una interacción que es una determinación conjunta, que es plenamente extensiva a la explicación del estrés en los humanos. Los seres vivos son sistemas, que en su dinámica estructural, se constituyen y delimitan como redes cerradas de producción de sus componentes, a partir de sus componentes y de sustancias que toman del medio.

En la naturaleza todos los organismos, de los más simples a los más complejos, son sistemas estructuralmente determinados, y nada externo a ellos puede especificar o determinar qué cambios estructurales experimentan en una interacción.

Esto quiere decir que los sistemas vivos y las organizaciones (como agregados de sistemas vivos), funcionan con un cierre operacional en su dinámica de estados, son sistemas abiertos en el intercambio energético, pero lo que el sistema hace con la energía depende del sistema.

De esto se desprende que, en una relación interpersonal, por ejemplo, “nadie le hace nada a nadie”, lo que se produce es un inter gatillamiento entre los sistemas interactuantes, pero lo que le pasa a uno y a otro depende de su propia estructura. A esto se alude la afirmación en cuanto a que no hay *relación de instrucción* entre seres vivos. Esta afirmación tiene una enorme importancia en la comprensión de los procesos interactivos que generan estrés.

Esto permite observar lo que ya se señaló, en cuanto a que la organización de los sistemas vivos es siempre un *invariante*, porque en el momento en que cambia, cambia el sistema, la *identidad*. Esta distinción nos permite ver que lo único que cambia en un sistema compuesto que sigue siendo lo que es, que mantiene su identidad, es la estructura.

Los cambios estructurales con pérdida de organización son *desintegraciones*, es decir, si se pierde la organización, se pierde la identidad de clase. Son de la clase de cambios destructivos. Pero los sistemas pueden operar también dominios de perturbaciones que producen cambios de estado, esto es, cambios estructurales sin que cambie la organización, es decir, conservando su identidad.

El estrés, como forma de acoplamiento tendría, en esta perspectiva, una clara relación con la conservación de la identidad del sujeto. Cada vez que está en peligro la identidad, esto es, el ser del sujeto, aparece como mecanismo de alarma la angustia que se corporaliza como tensión. Esta permanecerá mientras esté presente el peligro que amenaza la identidad.

En otros términos, los seres vivos mantenemos nuestra organización durante toda la vida; precisamente, el que nos reconozcamos siempre como la misma persona, desde nuestra infancia a nuestra vejez, está en relación a que nuestra organización ha permanecido invariante.

Pero la estructura es variable: determina qué cambios son posibles para una unidad compuesta y que interacciones específicas se requieren para desencadenar esos cambios. Así, nuestra estructura se modifica para realizar el acoplamiento estructural con el medio. En síntesis, según sea mirado como sistemas vivos, todo lo que hacemos lo hacemos para conservar dos invariantes: *la identidad del sistema y el acoplamiento estructural al medio*.

La consecuencia de esta forma de operar de los sistemas vivos, hace que toda conducta resulta, en los hechos, adaptativa, pues si no lo es, sencillamente el sistema muere, no perdura.

No es con la intencionalidad de conservar que la conducta es adaptativa, sencillamente sucede, ya que el presente de un sistema es la historia de acoplamientos estructurales con el medio conservando la organización. Esto hace referencia de que sólo existe el presente continuo.

Como puede apreciarse, estos desarrollos llevan a un cambio radical en la comprensión de la relación observador-observado, en la cual ya no se acepta el acceso a una realidad única independiente del observador y, por el contrario, se propone que existen tantas realidades como modos de vivir surgen en cada ser (Maturana H. 1995).

Participamos de una cultura que pretende que se puede hacer referencia a lo real o a lo objetivo, para que los otros acepten o vean las cosas que uno dice que tienen que verse. Los seres vivos, somos sistemas determinados en nuestra estructura, es decir somos sistemas tales que, todo lo que pasa con nosotros es el resultado de como estamos hechos. En este sentido, la visión de cada uno es tan legítima como la de los demás, con los que constituimos un espacio relacional (Leiva j., Comunicación personal).

Desde esta perspectiva, es posible entender lo que señala Hobfoll, en cuanto a que en situaciones estresantes cobran valor por ejemplo, el estatus, dado que éste cobra importancia con la comida en la mesa y el encontrar una pareja, precisamente porque los tres están interconectados:

“en esta etapa, las condiciones que amenacen estas estructuras sociales y sus metas, algunas relacionas con la sobrevivencia, algunas más periféricas, inducirán estrés” (Hobfoll, 1998, página 27).

Así, si considero esta perspectiva de adaptación y sus necesidades para ser satisfecha, al saber lo que la gente en general valora, o un cultura en particular (o incluso subculturas o grupos), tengo la posibilidad de “predecir qué será estresante en la mayoría de las circunstancias” (Hobfoll, 1998, página 29).

Entonces, la dificultad para avanzar en la comprensión del fenómeno del estrés radica en la aproximación metodológica que damos por sentada, y por ello que:

“Debido a que las evaluaciones vienen dadas por los individuos, nosotros hacemos la conexión de que son percepciones individuales... Naciendo del hecho que no preguntamos por reportes culturales, de grupos o basados en

una familia, no interpretamos nuestros datos más allá de lo individual” (Hobfoll, 1998, página 32).

Demás está decir que esta postura contraviene toda la investigación realizada bajo los supuestos con que la mayoría de los investigadores en estrés han propuesto, entre otros Lazarus y Folkman (Lazarus, 1984).

Llegados a este punto se hace imprescindible discernir en relación a tres conceptos interrelacionados y de gran debate: el yo individual, el mundo y lo real. En el caso del primero, la concepción moderna de éste hace referencia a una entidad bien definida, no sólo en lo físico, sino también desde lo psicológico, del mundo circundante y con capacidad de percibir racional y objetivamente su medio, tomando la distancia apropiada.

Al alcanzar este objetivo era posible hablar de lo “real” versus lo imaginario o no existente y en ocasiones poder afirmar que era lo “verdadero”, en contraposición a “falsas realidades” descubiertas después de corregir errores de percepción o análisis.

Sin embargo, las críticas que han surgido referentes a estos tres grandes problemas no han pretendido, a mí parecer, eliminar la idea misma sino enriquecer su definición. De este modo, en el construccionismo social plantea que el yo adquiere nuevas características que lo *recrean*, un nuevo sentido y una nueva comprensión, sin los límites tradicionales, más relacional:

“Allí donde la concepción romántica como la modernista del yo identificable comienza a desgastarse, el resultado, en vez de ser el vacío, la ausencia de ser puede ser.... el ingreso en una nueva era que caracterice al yo. Entonces, ya no se lo define como una esencia en sí, sino como producto de las relaciones” (Gergen, 1992, página 191).

De esta manera, entiendo que hay un giro de concepción, donde el énfasis es puesto en las relaciones que permiten la constitución de un yo, que está inmerso y definido por el medio, incluido un entorno físico inerte, lo orgánico y, en especial, los otros.

Para Varela, es el punto central en la construcción de un *self* o *sí mismo*: el que su propia definición descansa en la relación con un mundo que *está siendo con él, así como con los demás en la intersubjetividad*, lo que hace indiscernible aquello que le es propio de lo que le es ajeno, usando una terminología modernista (Varela, 2000).

Desde esta perspectiva, lo real, como aquello que puedo percibir allá afuera es impreciso y engañoso, pues sólo puedo captar aquello que tengo la capacidad (y necesidad de dirán algunos) de percibir, y por tanto hay tantos mundos como sujetos que lo observan o participan en él. Asimismo, lo verdadero, lo que para la ciencia es su culminación, y que cree es posible alcanzar, pues es imperecedero y está fuera y más allá de mí, en el ambiente, queda en entredicho. A lo que podemos aspirar es a *tener representaciones más o menos definidas o precisas del medio que nos rodea*.

Retomando el concepto de estrés bajo la mirada de Hobfoll, éste es enfático en señalar que *no hay una condición estresante inherente*, sino que todas ellas están definidas por un contexto, tanto cultural como social, en donde individuo y contexto son vitales. Entiende que la relación con las estructuras macrosociales son laxas y efímeras y por tanto de menor relevancia para la comprensión psicosocial del estrés, pero que las *intermedias* como la familia por un lado y el “pueblo” por el otro

(entiéndase barrio o comunidad cercana), puede proporcionar mejor marco de comprensión de los procesos estresantes:

“Estas estructuras sociales están relacionadas al apego familiar, las instituciones religiosas, el trabajo, la vecindad, entre otras. (Hobfoll, 1998, página 41).

Desde esta perspectiva, Hobfoll elabora su teoría de *conservación de recursos*, basado en que las personas creen merecer tener su propia valía o consideración, un estatus entre los pares, una ciudadanía:

“Yo llamo a estas cosas que los individuos valoran, al nivel de la construcción social, *recursos*... incluye los objetos, condiciones, características personales y energías que por sí mismas son valoradas para la sobrevivencia, directa o indirectamente, o que sirven de medio para alcanzar esos recursos” (Hobfoll, 1998, página 45).

Y desde allí surge entonces, su teoría de la *conservación de los recursos* y la *definición cultural del estrés*:

“El estrés podemos predecir qué ocurrirá como resultado de circunstancias que representen (1) una amenaza a la pérdida de recursos, o (2) una pérdida actual de los recursos necesarios para sostener al individuo inmerso en su medio o su familia incluida en su organización social. Además, debido a que la gente invertirá en lo que cree que ganará más, puede predecirse que habrá estrés (3) cuando los individuos creen que no reciben una ganancia razonable para ellos o su grupo social después de la inversión de sus recursos, siendo ésta una pérdida en sí misma” (Hobfoll, 1998, página 46).

El sustento que usa Hobfoll para plantear su teoría tiene riquísimos detalles y de gran relevancia para el concepto de estrés.

Si consideramos las estructuras meso sociales, a las que él hace referencia, podemos caracterizarlas mejor. Una de los principales avances en este sentido, del orden de lo descrito previamente es la *teoría del apego*.

Esta teoría incluye e integra varios de los conceptos antes mencionados: Hemos visto cómo nacemos con una capacidad de establecer vínculos con otros (sociabilidad básica), que si inicia antes de nacer, por el reconocimiento de señales sensoriales (ruidos, voces, etc.) y se intensifica al momento de salir al mundo exterior.

Ya Lorenz describió la *impronta*, esa capacidad del recién nacido para reconocer un rostro al cual fijarse y seguir. Siguiendo en la línea de lo planteado por Bartra, el exocerebro del infante “busca” a la madre o una figura significativa que lo cuida y proteja.

En la línea de Varela, lo que se ha encontrado es que la relación física, el contacto de la madre, el amamantamiento y el placer o bienestar que induce en el niño, así como en tener un ajuste afectivo, es decir, que la madre pueda conocer y acompañar los estados emocionales del niño, y satisfacerlos, permitirá que éste experimente esa sensación subjetiva (mediada por circuitos de recompensa a nivel cerebral) que lo acompañará de por vida.

Es esta relación la que también implica un desarrollo neural normal. Es la entrada a la vida social del homínido transformado en humano y cuyas características compartimos con los animales (Moneta M. E., 2009).

Investigadores canadienses han estudiado estos procesos en ratas, observando que en un camada normal hay madres que son más “atentas o acicaladoras” con sus crías, teniendo más contacto físico. Al parecer esta conducta permite que las ratas en crecimiento respondan de manera más atenuada al estrés y que sean más positivas y más “exploradoras o curiosas” en ambientes nuevos. Además, tendrían mayor crecimiento de neuronas del cerebro. (Diorio J., 2007).

También descubrieron que si las ratas pequeñas menos *acicaladas* se criaban con las madres *más atentas* se desenvolvían en el futuro como las ratas biológicas de estas madres.

Para Oates el apego y su consecuencia más clara es el de *seguridad afectiva*, por el cual el niño aprende a confiar en sus progenitores como fuente de bienestar y seguridad en los momentos de dificultad y tensión (Oates, 2007).

De modo que estamos frente a investigaciones que nos permiten avanzar en el sentido humano de la cercanía afectiva con los retoños y su importancia para la vida psicológica, pero ¿existe alguna relación con el estrés?

El psicólogo chileno Felipe Lecannelier lo destaca claramente:

“El apego en general tiene que ver con un sistema que regula la proximidad o alejamiento de una persona en relación o otra en momento de estrés (y peligro). (Lecannelier F., 2010, página 33).

He enfatizado en este tipo de vinculación, entendida ya sea desde la perspectiva modernista, como la conformación de un self bien definido, que se estructura como algo diferente y con capacidad de ser objetivo respecto al mundo allá afuera, o desde la posmodernidad, que considera la creación de un mundo conjunto que en apariencia es sólo propio o exclusivo, pero que en definitiva es una creación conjunta inseparable.

En esta línea de análisis, Berger y Luckmann, enfatizan el rol de la llamada *socialización primaria*, es decir, la que se establece a través de la relación entre el infante y los otros significativos, generalmente, la madre y el padre.

Son éstos lo que le introducen al significado subjetivo de eventos que podemos considerar “objetivos”, a una realidad que el niño va aceptando como objetiva también, como si existiese allí desde siempre e inalterable (aunque pueda participar posteriormente en su modificación), y fundamentalmente a través del lenguaje y toda la significación simbólica que comporta y el enriquecimiento que aporta para la construcción compleja del ser social.

Si bien no profundizan en el fenómeno psicológico, reconocen el valor del sustrato biológico en cuanto posibilidad y restricción: el peso de los instintos como indefinidos y por tanto maleables (véase por ejemplo la sexualidad y sus múltiples formas de expresión dependiendo de la cultura) y la restricción que impone mi organismo a sus modificaciones (mis necesidades de alimentación y evacuación), aunque éstas también son sometidas a control social (Berger y Luckmann, 2008).

Para el significado del estrés tiene importantes consecuencias, pues los adultos nos enseñan a “ver el mundo a través de sus ojos”, es decir, internalizamos un mundo vivido por ellos y asumido como la realidad dada y sin discusión, teñida fuertemente por un sello emocional que nos impregna, con una historia de dolor y alegrías, significadas así por ellos y que serán también el modo que nosotros evaluaremos y sentiremos nuestra vida.

Evidentemente, este modo de llegar a ser yo en el mundo, si bien me es “propia”, es también compartido con otros más allá de mis padres, pues ellos también nos enseñan el mundo que ellos viven con los demás, que incluye las normas y formas de ver la realidad.

Sin embargo, los roles que adquirimos con posterioridad, la llamada *socialización secundaria*, nunca tendrá la importancia emocional, en el sentido que implica la primaria; será de suyo, más neutra, a no ser que adquieran el carácter de una re-socialización, como ocurre con las conversiones religiosas.

De esta manera, habrá al menos dos formas de reconocer y enfrentar los peligros y amenazas de la vida que serán estresantes: aquellas definidas así por los otros significativos, establecidas durante la infancia y otras posteriores, definidas por mis relaciones con otros humanos a lo largo de la vida.

Entre éstas últimas podemos considerar la de los grupos cercanos como los de mi profesión y otras que se dan en agrupaciones pertenecientes a una comunidad de connacionales por ejemplo. Todas llevan el signo de lo social en su conformación y visión compartida (Berger y Luckmann, 2008).

Sin embargo, esta relación que se va dando entre el ser que se integra a un nuevo mundo ya conformado y conformándose al mismo tiempo, no resultará fácil en la posmodernidad.

A este período se lo ha caracterizado por su puesta en duda de lo tradicional, de un modo de ver el mundo caracterizado por la búsqueda de progreso, en constante desarrollo y con el ideal de alcanzarlo. De allí que se hable del fin de la historia, haciendo referencia a que ya lo deseado y visto como el valor central, el carácter teleológico de la sociedad ha quedado socavado.

Al parece no sólo eso ha traído el advenimiento de esta nueva etapa, llamada por algunos la segunda modernidad o modernidad líquida. Me parece muy relevante imbricar esta perspectiva con la teoría de la conservación de recursos, pues ambas se dinamizan en el análisis. El último término ha sido popularizado por Bauman, quién ha escrito un sinnúmero de reflexiones acerca de su postura.

Para este autor, la posmodernidad ha traído consigo la disolución de lo establecido sólidamente, en especial, los valores tradicionales incluyendo las instituciones que aceptamos como estando allí y a las cuales debemos sujeción. (Bauman Z., 2000)

Este movimiento no sólo ha surgido de la intelectualidad, sino, como muy bien lo describe Gergen en el Yo saturado (Gergen K., 1992), debido a los avances tecnológicos, a los cambios que ha experimentado el concepto de tiempo y espacio tradicionales, la irrupción de información y presión de mundos antes tan distantes.

Bauman hace hincapié en cambio, en el impacto que el nuevo capitalismo ha traído consigo, en que este nuevo modo de vida, y en que el primero ya no se caracteriza por

las mega producciones, al estilo de grandes fábricas que son un hito en sí mismas y representan la presencia del poder (y su control).

Hoy, el espacio ya no es buscado para establecerse, sino para ser controlado a distancia, o mejor dicho, para no permanecer. El capital se mueve rápido y así también las relaciones de trabajo y las restantes: no se buscan lazos o compromisos para algo que pueda ser sólo instantáneo.

El control ya no radicaría entonces en la observación constante y manipulación al detalle sobre el individuo al estilo de “un mundo feliz”, sino en palabras de Alain Turaine es

“la muerte de la definición del ser humano como ser social, definido por su lugar en una sociedad que determina sus acciones y comportamientos”. (Citado por Bauman, 2000, página 27).

Lo más característico está siendo entonces la desregulación y privatización y responsabilidades de la modernización. El énfasis es puesto hoy no en la “sociedad justa” sino en “los derechos humanos”, con la tarea para el individuo de hacerse cargo de su propia realización.

En oposición a la descripción de Berger y la conformación de un ser social formado en la tradición y también en un abierto desafío a la aplicación de la teoría Hobfolliana:

“La modernidad reemplaza la heteronomía del sustrato social determinante por la obligatoria y compulsiva autodeterminación” (Bauman, 2000, página 37).

Esto ha impulsado al desarrollo de individuos en contraposición a ciudadanos, hombres en busca de su propio desarrollo y no de un bien común, de una ciudad. Frente a este desafío se siente el abismo de llegar a ser algo para lo cual no hay patrones fijos, intentar románticamente volver a la tradición mientras el “torrente social” marcha a la instantaneidad sin futuro, con la consecuente angustia de estar en medio de algo que parece avanzar, pero que permanece allí, sin llegar a definirme.

Y sus manifestaciones son, de parte del capital, el aligerarse de todo lo que pueda entorpecer moverse con agilidad. Las empresas reducen los empleados al mínimo para funcionar y competir o la fusión de corporaciones, trae como daños colaterales la pérdida de empleos.

Asimismo, las personas ven que este modo de ser consiste en no quedar fijado o afectivamente atado al trabajo, pues las relaciones que se establecen no son de ese tipo. Lo mismo en el plano social más amplio, en las relaciones en general. Y esta transformación se manifiesta calladamente en los escenarios que se proponen: la vida en comunidad es cercenada por espacios “comunitarios protegidos” como los condominios, cuyo fin central es proteger de la inseguridad de la calle, pero no de establecer nuevos y gratificantes lazos humanos. Los espacios que se diseñan para “ser con otros” son engañosos pues los malls dan la impresión de ofrecerlo, pero no son más que lugares anónimos (Bauman Z., 2000).

De manera qué, al pensar en que las personas invierten recursos o temen perderlos por ver disminuido su lugar en la sociedad, debo agregar que ni los recursos parecen bien definidos, ni tampoco cómo mantener y cuál es mi lugar en esa agrupación llamada sociedad, ni siquiera cuánto va a durar la definición que transitoriamente se establezca con estos propósitos:

“Pero la memoria del pasado y la confianza en el futuro han sido, hasta ahora, los dos pilares sobre los que se asentaban los puentes morales entre lo transitorio y lo duradero, entre la mortalidad humana y la inmortalidad de los logros humanos, y entre la asunción de responsabilidad y la preferencia por vivir el momento “ (Bauman, 2000, página 138).

He transitado someramente por el devenir del estudio del estrés y las bases epistemológicas sobre las que se sustentan, desde la fenomenología biológica hasta la social y los avatares que han significado estas aproximaciones, aparentemente contradictorias entre sí.

5. Posicionamiento paradigmático y enfoque metodológico

En esta parte plantearé cuál es finalmente el posicionamiento paradigmático adoptado en este trabajo. Para ello me haré cargo del discurso construccionista social de Gergen, en su crítica a la manera como se explicita en la práctica de las ciencias psicológicas, lo que denomina “núcleo de inteligibilidad epistemológica” (NIE).

Me parece que siendo el estrés un concepto de la familia de términos emparentados con la psicología, el punto de vista de Gergen es válido para precisar la posición paradigmática desde la cual se entiende este concepto, tanto en su aspecto meta teórico, teórico y metodológico.

Señala Gergen que en un primer contexto como cuerpo auxiliar o de apoyo al discurso meta teórico, los psicólogos y, por cierto, los psiquiatras, sitúan las explicaciones y comprensiones de la filosofía de la ciencia, particularmente en los desarrollos de los empiristas lógicos. Sostiene que en un contexto metodológico como cuerpo auxiliar, se nutre del hecho de que ambas tradiciones se afianzaban en la lógica de la metodología empírica y, por tanto, en el experimento de laboratorio.

Precisemos que, para Gergen, estos cuerpos auxiliares del discurso en las ciencias psicológicas, esto es, teoría psicológica, metateoría científica, y teoría de la metodología, son los constituyentes de lo que él denomina “*núcleo de inteligibilidad*”. Estos núcleos son un cuerpo de proposiciones interrelacionadas, que comparten los participantes de un enclave científico y que aporta a sus integrantes de un sentido de explicación y/o descripción. De este modo, “participar en el núcleo de inteligibilidad es «interpretar/dar sentido» mediante criterios propios de una comunidad particular”.

En el caso de la psicología y la psiquiatría

“una teoría de la vida mental, una teoría de la ciencia o una teoría del método, forman un conjunto de proposiciones interrelacionadas que dotan a una comunidad de interlocutores con un sentido de la descripción y/o de la explicación en el seno de un ámbito dado” (Gergen K., 1996, páginas 24 y 25).

Si adoptamos esta perspectiva, es válida la pregunta: ¿Cómo hemos de comprender la estabilidad y el cambio en las perspectivas teóricas que se producen en las comunidades que generan conocimiento?

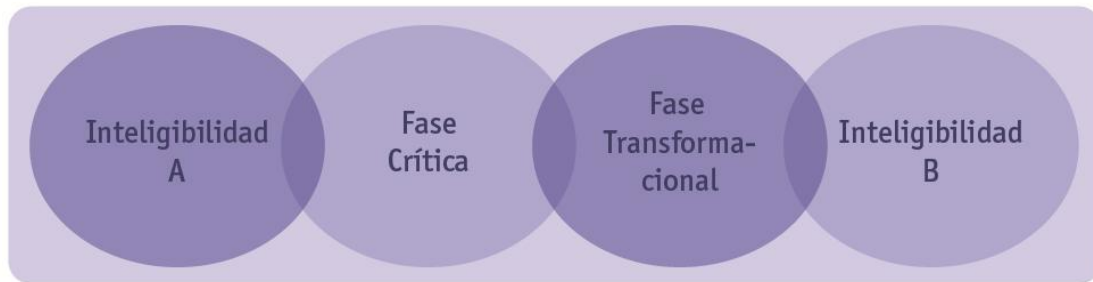
Sostiene Gergen que el carácter auto corroborador del NIE, no es sólo aparente. En importantes aspectos, la formulación misma de un núcleo discursivo simultáneamente establece el potencial para su disolución.

Cualquier sistema de inteligibilidad descansa en lo que es característicamente una negación implícita, una inteligibilidad alternativa que se plantea como rival de sí misma. Ya se trate de una religión, de teoría política o de una perspectiva científica, todas se distinguen en virtud de que aquello que no son.

De este modo, señala este autor, proponer una teoría del funcionar humano, una filosofía del conocimiento o una teoría de la metodología equivale al mismo tiempo a establecer múltiples razones para su cuestionamiento.

Gráficamente Gergen muestra las fases en la transformación de un NIE que pasa de una Inteligibilidad A a una Inteligibilidad B que se constituiría un nuevo NIE:

Transformación de un núcleo de inteligibilidad epistemológica



A la luz de este razonamiento me resulta claro que, tanto el concepto de estrés como su correlato experimental, han seguido este curso de acción en mi historia profesional. De este modo, no me resulta extraño el observar como en mi práctica profesional partí de una inteligibilidad A para entrar en este trabajo a una fase crítica, que abre el camino hacia una fase transformacional.

He adoptado los desarrollos de la biología cibernética de segundo orden, (Maturana y Varela, 2007), para observar críticamente el concepto de estrés, para abrirme a una mirada transformacional desde el construccionismo social

He observado a través de este trabajo, que se ha dado como un imperativo que las posturas contrapuestas deben ser dirimidas y que una de ellas primará sobre la otra, según la calidad de las evidencias y de la lógica que la sustente.

Así entiendo que el positivismo se considera superado por el realismo crítico y éste a su vez, por una concepción social que pone en duda la realidad misma y la posibilidad de alcanzar la verdad.

Pareciera ser que adoptar esta postura por mí, para enfrentar el devenir del concepto de estrés, equivaldría a quedar en un callejón sin salida.

Sin embargo, me resulta claro que, dada la complejidad del concepto, los avances del llamado paradigma de la complejidad enunciado por Edgar Morin, quién sostiene que aquello que observamos tiene múltiples aproximaciones e interpretaciones. (Morin E., 2010), me resulta congruente con el desarrollo que he venido haciendo.

Su paradigma surge del reconocimiento de las limitaciones de la ciencia y su búsqueda de la verdad, pero en vez de eliminar este enfoque y sus resultados, propone unir. Me parece que este paradigma se insinúa como un nuevo núcleo de inteligibilidad epistemológica. Sin embargo, conviene no perder de vista lo que el mismo Morin declara cuando sostiene que la complejidad es un desafío para el conocimiento, no una solución.

Así, el pensamiento complejo apela a una combinación dialógica en el uso de hallazgos científicos y una transgresión “en los agujeros negros donde deja de ser operacional” (Morin, 2010). Enfatiza por ello, la noción de que estas posturas son indisociables e indispensables para comprender una misma realidad.

Siguiendo su línea de pensamiento, también considera que es necesario conocer el todo, que es distinto a la suma de las partes, pero introduce el concepto de que es necesario conocer las partes, siguiendo su principio hologramático de que en las partes se puede ver algo del todo.

Del mismo modo, plantea dos principios más importantes para mi tesis: ellos son la necesidad de contextualizar y la ecología de la acción. El primero hace referencia a la necesidad de colocar en contexto los hallazgos, para que estos adquieran su sentido más amplio y profundo: “A través del juego del texto con la palabra, y del texto con el contexto, del contexto con la palabra, va a cristalizarse un sentido” (Morín, 2010, página 156), que es fundamental para el desarrollo de esta tesis, dado que postulo que el concepto de estrés es polisémico, dependiendo desde donde se defina.

Finalmente, el principio de ecología de la acción hace referencia a la necesidad de enmarcar la investigación en el medio donde ésta se realiza y sus posibles impactos: quién define estrés, con quiénes trabaja y cuáles son sus consecuencias.

Asumo pues una empresa difícil, que para algunos como Cruickshank, plantea la enorme dificultad epistemológica existente entre el positivismo, el realismo crítico y el construccionismo social (Cruickshank J., 2011).

En tanto para Uchoa A., destaca el posible anacronismo de los términos como objetividad y subjetividad, tal cual se dirimen entre enfoques, pues las corrientes ya no hacen referencia necesariamente a lo postulado por Descartes (en su sentido originario).

Es posible avanzar si acuerdo que el conocimiento científico se construye conjuntamente y debe enfocarse en investigar las cualidades y regularidades de las múltiples interacciones de los sistemas complejos abiertos.

Su interés y reconocimiento de un particular aporte del construccionismo es su concentración en un fenómeno no tan concebido o enfatizado por otros teorizadores, que es la *reflexividad*, que dado que “os diálogos no están restringidos al nivel inter psicológico, también permite la emergencia de novedades en su desarrollo como resultado de diálogos intrapsíquicos (Uchoa, 2009)

Mi metodología será entonces revisar desde el emergente paradigma de la complejidad algunas teorías sobre el estrés basado en investigaciones realizadas en el extranjero y en Chile, incluyendo aquellas en las que he participado como parte de equipos de trabajo en esta área.

Haré una revisión de los supuestos subyacentes a la investigación, sus hallazgos e interpretación, los alcances y límites de las conclusiones. El camino que recorreré en este relato es el que me ha permitido observar cómo he ido transitando desde la ciencia normal hacia la ciencia transformacional, construyendo ese camino y pasando inadvertidamente, a veces, por la ciencia crítica.

6. Resultados

6.1 Etapa del laboratorio

Durante los 70 y 80 me tocó participar de investigaciones con un grupo de larga trayectoria en estudio del estrés, liderado por el Premio Nacional, Dr. Luis Vargas, contemporáneo de Hans Selye y con quién mantuvo una activa relación de trabajo por décadas. El tipo de investigación que allí se realizaba correspondía claramente a la que surge después de la Ilustración, basada en la razón y el método científico como prototipo del modo de buscar el orden entre el desorden con que se “presentaba” la naturaleza.

Desde este punto de vista el observador era un testigo privilegiado y habitualmente considerado como objetivo, que podía percibir con mayor o menor exactitud lo que se encontraba “fuera” de él.

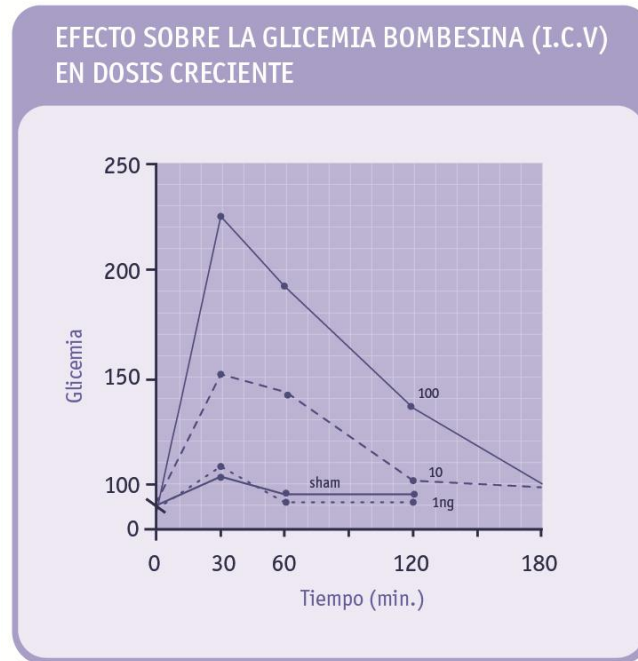
Lo que encontré fue un grupo de profesionales muy entusiasmados con el proyecto de definir y precisar características del estrés, inicialmente en ratas y posteriormente ver su extensión y aplicación en humanos.

Ciertamente que este tipo de estudio se basaba en un clásico empirismo, y adicionalmente, dado que el profesor encargado era médico, de reconocida calidad clínica, su foco permanente era transitar del animal y verificar, cuando ello era posible, las consecuencias en humanos y sus posibilidades terapéuticas.

El método usado era experimental, según las reglas enunciadas por Claude Bernard, y nos permitía tener la confianza que operábamos sobre algo sólido en cuanto a las conclusiones a obtener (C. Bernard, 1976).

Para establecer comparaciones internacionales, se usaba la cepa de ratas Sprague-Dawley, producida en laboratorios extranjeros. El recurrir a la rata como objeto de estudio era un acuerdo entre investigadores, dada la similitud que éstas tenían en sus tejidos en relación al ser humano.

El tipo de estudio que realizábamos se ejemplifica en el siguiente gráfico:

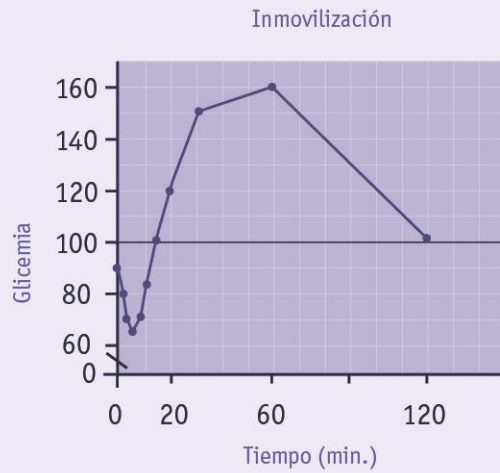


Esta investigación se refería a un neurotransmisor nuevo que se suponía tenía un rol importante en el estrés, actuando desde el hipotálamo sobre la hipófisis, dos centros esenciales en la respuesta del estrés. (C. Cruz, 1981).

En la ordenada se muestra la glicemia, un indicador de la respuesta en estudio, y en la abscisa el tiempo transcurrido desde la aplicación de la Bombesina. Se realizaba una operación “simulada” (sham en inglés), para descartar que fuera el procedimiento de inyección el que provocaba el alza de la glicemia, corroborándose con el control de la glicemia en estos animales.

¿Cómo sabíamos que este tipo de curva era similar al del estrés provocado experimentalmente? Pues con el antecedente de experimentos realizados en el laboratorio con inmovilización de las ratas sobre una tabla y fijando sus extremidades con elásticos por tiempo variables, tal como se muestra en el siguiente gráfico:

CURVA CARACTERÍSTICA DE LA GLICEMIA EN ESTRÉS

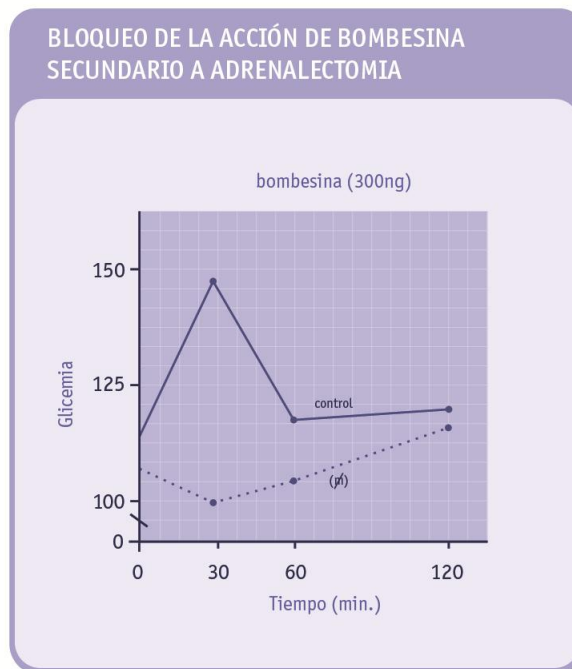


Así, aquí puede observarse la similitud que existe entre las curvas de glicemia inducidas por inmovilización y las que provocan las inyecciones de Bombesina, un péptido que sería el precursor del Factor liberador de Corticotrofina, muy estudiado actualmente como mediador de la respuesta cerebral del estrés en animales y el hombre.

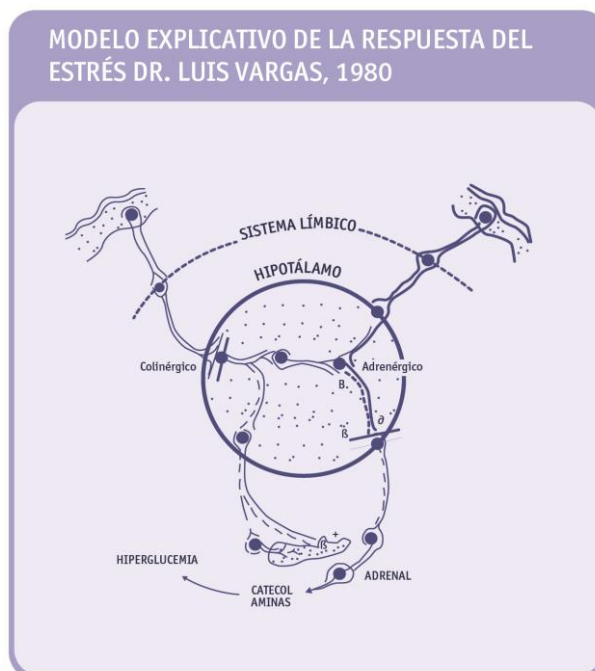
La siguiente pregunta que nos hacíamos era cómo verificar que este péptido mediaba la hiperglucemia que inducía en la rata, o través de cuáles mecanismos. Suponíamos que era a través de la médula suprarrenal que secretaba adrenalina, una de las llamadas hormonas del estrés.

Para ello, bajo condiciones experimentales, extraíamos la médula adrenal y observábamos que ocurría con la hiperglucemia inducida por Bombesina.

Y estos eran los resultados:



De esta manera avanzaba la producción del conocimiento en nuestro laboratorio y era lo que nos permitía elaborar modelos de mecanismo del estrés y sus lugares anatómicos correspondientes, como el que se presenta a continuación:



Si he ahondado en estos hallazgos es para recalcar el modo cómo elaboramos modelos y teorías sobre los mecanismos del estrés y acerca de una definición acorde a los hallazgos del laboratorio.

El acuerdo entre investigadores de distintos países se alcanzaba (o se discrepaba) siguiendo estas pautas. H. Selye, luego de la primera elaboración de su definición y teoría sobre el estrés, continuó realizando una serie de experimentos en animales que lo llevaron a sofisticar los alcances de su modelo.

En 1968, publicaba un extenso trabajo sobre inflamación, estrés tóxico y el concepto de enfermedades pluricausales. En este estudio realizaba una serie de experimentos con distintas sustancias, que eran inactivas por sí misma, pero que a partir de combinaciones de éstas pudo precisar que algunas sustancias eran “condicionadoras”, entendiendo por ello que podía determinar que otras sustancias ejercieran daño en el organismo, y sustancias “desafiantes” (challengers en inglés), que al enfrentarse de manera conjunta con las condicionadoras podía producir daño. (H. Selye, 1968)

También pudo determinar que el estrés local (así llamaba al daño tisular localizado), estaba supeditado al estrés sistémico, estableciendo una jerarquía al interior del organismo. Quedaba en interrogativo si por ejemplo, la anoxia tisular (falta de oxígeno en un tejido) podía ser revertida, pensando en especial en la prevención de infartos cardíacos.

Menciono esta publicación para destacar la creación y validación de conceptos que sirven de lenguaje a los investigadores y permiten su comunicación. Es por ello que 39 años después se realiza una reunión para establecer un acuerdo de la terminología de la respuesta biológica del estrés (E. Calabrese, 2007).

En ella, se precisa que hay estresores que “condicionan” al organismo para una respuesta posterior al estrés y se menciona específicamente como, en experimentos realizados con perros en que se crea una anoxia en arterias coronarias por un período corto, permiten que el animal tolere mejor en el futuro estas isquemias o falta de oxígeno, abriendo una puerta a un probable manejo más efectivo del infarto cardíaco, inquietud que había quedado estipulada en la presentación de Selye.

En este caso, me permite afirmar que el lenguaje científico tiene una estabilidad temporal que puede superar incluso la del habla coloquial, entendiendo que se da en una “comunidad” de hablantes, en este caso investigadores que acuerdan un modo de cómo “conversar”.

La redacción de estas investigaciones me recuerda la pasión encontrada en estos grupos, la meticulosidad y rigurosidad con que los temas y hallazgos eran discutidos, etc.

Para darle un nuevo sentido o explicación, recurrí a Latour y su visión de la sociología de la ciencia. Así, no podemos dejar fuera el concepto sin apelar a un relato, como el realizado brevemente aquí, que considera tiempo, lugar, condiciones, actores y un tipo de agente no humano que participa del descubrimiento y al mismo tiempo lo hace, es decir, el contexto (B. Latour, 1995).

Cuando hablo de la construcción de una ciencia, me hace sentido la aplicación de la simetría generalizada planteada por Latour, quien enfatiza:

“Al compartir la trascendencia de los objetos y al acceder a ellos por los mil conductos del lenguaje, de la práctica y de la vida social, ya no estamos obligados a reducir las circunstancias, sea a la naturaleza, sea a la sociedad, sea al discurso” (B. Latour, 1995, página 106).

Surge así la idea del colectivo humano y no humano, que considera el período histórico, pero dejando que éste hable, mostrando como la rata, en este caso, conversa con el investigador, se deja interpelar e interpela al mismo tiempo, creando en conjunto un *mundo socio natural*.

De este modo, más que hablar de interpretación o sustancias en un sentido epistemológico clásico, Latour nos invita a dar un carácter propio y nuevo de los seres no humanos.

En este sentido el concepto de estrés, no puede ser extraído de su historicidad, entendida ésta como todas las circunstancias que lo generan, lo recrean, y esto permite recordar que el estrés corresponde a una atribución o definición que una institución o cuerpo social le otorga, con sus propiedades estables (que le han permitido conversar por 39 años), dentro de una práctica que la vincula y que permite establecer una “comunidad” de oyentes que reconocen los criterios estándar de esta modalidad de comunicación y producción.

Al mismo tiempo, al definir la *referencia circulante*, salva el obstáculo de la realidad definida ortodoxamente, para expresar cómo el concepto de estrés se redefine a sí mismo, con el investigador, que en el futuro servirá de referente para el desarrollo de nuevos descubrimientos. Entonces, el énfasis se coloca en el carácter histórico de la relación hombre-no hombre y las concepciones que de ello derivan (Latour, 2001)

Entonces, me encuentro con que la definición de estrés surgida clásicamente en el laboratorio tiene sus propias acepciones, que no invalidan las que ocuparán otros actores venidos de diferentes circunstancias y distintas propuestas académicas, que generaran, en conjunto con sus “objetos de observación”, nuevas ideas que también enriquecerán las generadas en el laboratorio al modo de la *simetría generalizada* propuesto por Latour.

6.2 Del laboratorio al estudio de campo

Al finalizar mis estudios de Medicina, me introduje en el área de la Salud pública obteniendo mi magister e integrándome a un equipo de investigadores nacionales y extranjeros, para un estudio de campo de una vacuna meningocócica del tipo B, hasta entonces no disponible.

Existía a esa fecha una epidemia de meningitis meningocócica en una ciudad del norte del país llamada Iquique, fundada a orillas del Pacífico y con el desierto de Atacama detrás, dándole un marcado carácter de aislamiento, con ciudades vecinas situadas a más de 200 kilómetros. La epidemia había sido descrita en los comienzos de los 80 por profesionales locales y, por tanto, difundidos a la comunidad científica internacional (Badilla J., 1984).

La pertinencia de incluir esta investigación en esta tesis se debe al cambio producido en la realización de los estudios en laboratorio versus inmerso en una situación social compleja que describiré a continuación.

Además, y no menos importante, el rol de la teoría del estrés subyace a la explicación causal de la enfermedad. Sucintamente se presupone que la *triada ecológica* que explica la génesis de la enfermedad está dada por los factores ambientales, los dependientes de la bacteria (también llamada virulencia) y los dependientes del huésped. En este sentido, se atribuye a factores estresantes como condicionantes en la aparición o no de la enfermedad, pues si se sabe que esta bacteria habitualmente convive con el hombre como un comensal, es decir, sin causar daño.

Prevalecen entonces las concepciones que ya Selye había propuesto basado en modelos inflamatorios en animales y mencionadas arriba (H. Selye, 1968).

Esta enfermedad, que corresponde a una infección por una bacteria llamada meningococo, que puede afectar a diversos órganos, entre ellos a las meninges, que son las membranas que cubren el encéfalo, y que le dan el carácter de gravedad a la enfermedad, con letalidades entre un 5 a 10%, excepto cuando invade todo el organismo provocando una septicemia, con una letalidad cercana al 30%.

La impresión general que pude apreciar en la población es que consideran la enfermedad como un trastorno muy grave, de mayor mortalidad que la establecida. En Chile ya se habían presentado epidemias de mayor magnitud en su capital Santiago, en la década de los 50.

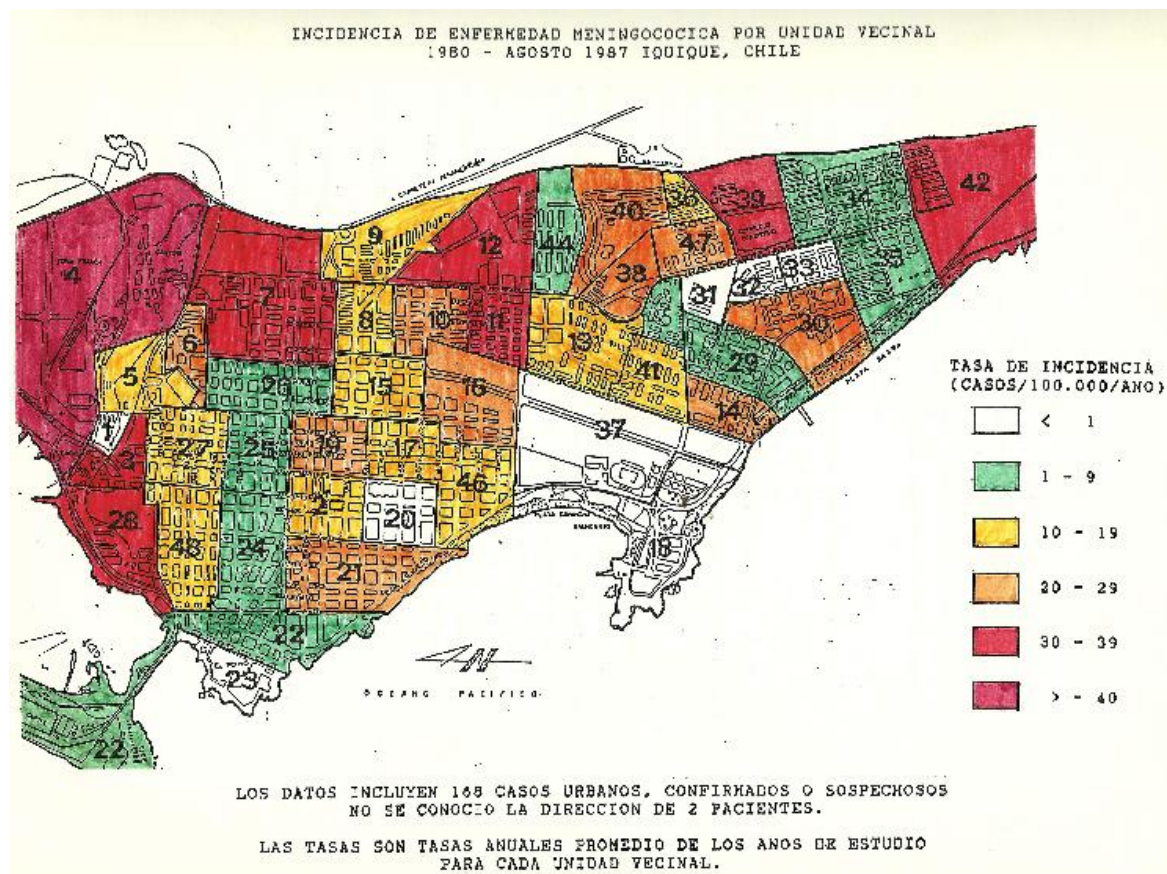
Este proyecto de estudio surgió de un Instituto de investigación del ejército de Estados Unidos, llamado Walter Reed, y que es además cuenta con un hospital que es centro de referencia de las fuerzas armadas de otros países.

Se sabe con precisión que el hacinamiento constituye un factor de riesgo para la aparición de la enfermedad clínica y se ha descrito en zonas de pobreza, en el llamado cinturón subsahariano en África, pero además en campamentos militares y submarinos (Cvjetanovic B., 1987). De allí el probable interés de este equipo de investigación en la producción de una vacuna, en asociación con un laboratorio farmacéutico extranjero, que proporcionaría el elemento a estudiar, y de resultar efectiva, vendería al ejército y al gobierno de Chile a menor precio, al menos inicialmente.

En concomitancia con la instalación del laboratorio de investigación en la ciudad, nos concentramos en describir las características de la epidemia de los últimos años (Cruz C., 1990).

Sabíamos que el hacinamiento es un indicador indirecto de las condiciones de una vivienda, que suponemos razonablemente refiere a condiciones de vida en términos más amplios, expresado en ingreso familiar y en el número de piezas y camas disponibles, así como con otros factores tales como la nutrición y las condiciones higiénicas.

Al calcular las tasas de enfermedad meningocócica por sectores de la ciudad constatamos que se concentraban en zonas más pobres, como se ve en la figura:



Esta asociación tenía además otras características, como que era la población de más reciente instalación en la ciudad, compuesto fundamentalmente por migraciones de fuera de ella (riesgo descrito por Cvjetanovic B.) y que al parecer venían atraídos por la idea de tener mejores condiciones de trabajo, dado que se había instalado una zona franca (zona libre de impuestos) para estimular el desarrollo de la ciudad.

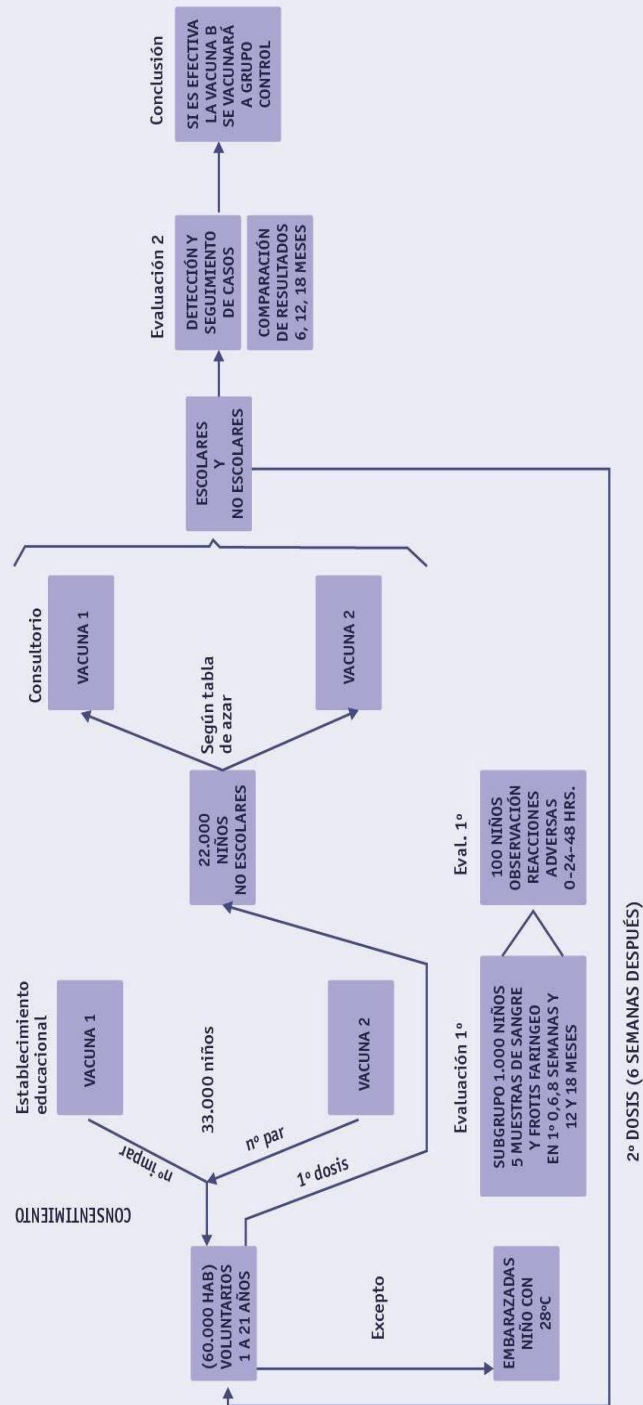
Del mismo modo, Guerrero expresa su preocupación por el avance de la modernización, en términos de la destrucción de la cultura imperante, más de carácter rural, con lazos de afecto más cercanos y especula sobre el efecto que tendrá en la identidad o ethos de la población (Guerrero B.1990). Así que me enfrentaba a una estrechez metodológica para abordar el tema social en cuestión, que obvié en ese momento.

El esfuerzo se concentró entonces en la promoción de la vacuna para su aplicación. Esta se llevaría a cabo en un país en circunstancias especiales: bajo un gobierno militar (la investigación era llevada a cabo por médicos militares) de tipo autoritario, con la aprobación de la Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud chileno. Esta mención tiene importancia pues la promoción y difusión de la información se hizo por distintos medios de comunicación y en charlas en colegios (más de 70 exposiciones), así como a algunas instituciones.

Antes de mencionar el impacto de la campaña debo aclarar que se trataba de un estudio con diseño experimental del tipo propuesto en el siguiente diagrama:

DISEÑO DEL ESTUDIO EN IQUIQUE (PARTE II)

Estudio de eficacia aleatorizado, doble ciego usando 2 grupos: control (vacuna A, C, Y, W-135), grupo en estudio (vacuna B)



Si bien estos estudios son obligatorios para probar la eficacia de una vacuna en el terreno o en condiciones reales y ya se había realizado con este tipo de vacuna en otros países, no salvaba la dificultad eminente de un posible rechazo de parte de la población (Frasch CE., 1983).

De acuerdo a las regulaciones americanas la población debía además dar su consentimiento por escrito; este procedimiento siendo habitual en los países desarrollados, en Chile en el área de las vacunas existe una cultura de exigir las más que recibirlas de modo perentorio.

Lunes 17 de agosto de 1987

Dr. Zollinger, fabricante de la vacuna

“Los iquiqueños no serán unos conejillos de indias”

La dosis estaba lista desde 1977

“No se trata en absoluto que los iquiqueños sean conejillos de indias. La fabricación de la vacuna obedece a un trabajo de 12 a 15 años. En los diez primeros se superó la etapa experimental y ya en 1977 la vacuna estaba lista para ser utilizada”.

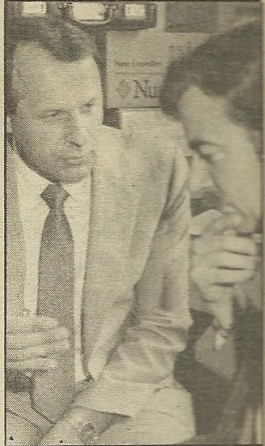
Lo afirmó el doctor norteamericano Wendell Zollinger, fabricante de la vacuna contra la meningitis

hijos, por un lado, y entregar en otro, valiosa información para todo el mundo”.

FABRICACION

Dijo que la fabricación de la vacuna obedece a investigaciones científicas. “Contiene solamente una proteína de la membrana de la bacteria. Para obtenerla se mató a la bacteria y luego rompió para extraerla purificada. Luego se pasó a través de filtros para asegurar que quedó esteril”, acotó.

“A partir de ello —agregó— no existe ninguna posibilidad que la persona enferme con la vacuna. La población puede estar tranquila que no le pasará nada. Es una herramienta que tenemos que usar para enfrentar la seriedad del problema”.



DR. ZOLLINGER:
“Iquiqueños no serán conejillos de indias...”

Durante las charlas los padres mostraban extrañeza por qué se les entregaba información, rechazaban el método experimental a usar, temían que la inyección pudiera contagiar con el virus del SIDA.

De especial interés fue qué la firma del consentimiento era interpretado como traspaso de la responsabilidad a los padres por los daños que pudieran sufrir sus hijos por la vacuna. Así también los medios expresaron estas preocupaciones:

funcionar el problema de sus hijos, por un lado, y entregar en otro, valiosa información para todo el mundo”.

Dr. Ronald John, de la OPS:

“Carta de consentimiento es norma a nivel mundial”

“La carta de consentimiento es normal en el mundo, por instrucciones entregadas hace 20 años por la Organización Mundial de la Salud (OMS), para informar completamente a toda la población que está participando en una vacunación masiva”.

Así lo indicó el doctor Ronald K. St John, representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), quien se encuentra en Iquique para supervisar el inicio del programa.

Argumentó que hay instrucciones a todos los países de informar en forma completa y detallada

“Causó extrañeza en Iquique, ya que por vez primera se hace un programa de tal naturaleza. No es costumbre en Chile”, acotó.

MEDIDAS

Respecto del proceso que se inicia hoy en la ciudad,

destacó que se han tomado todas las medidas de seguridad. La vacuna es un producto biológico seguro y de la preocupación internacional por el problema de la meningitis meningocócica del tipo B, es prueba el hecho que la OPS, entidad dependiente de la OMS esté aquí.



Interesado por este rechazo y dado que la cobertura de vacunación fue del cercana al 70%, bajo lo habitual de las vacunaciones tradicionales, encuesté a una muestra de la población escolar, sin realizar entrevistas en profundidad o grupos focal. (Zollinger W. D., 1991)

Entre los resultados más notables, en la comparación de los apoderados que aceptaron y rechazaron la vacunación, fue que estos últimos no vieron mayor utilidad en la campaña y que les resultó poco comprensible lo que en ella se difundió, así como que tenían más temores y rechazo a dar su consentimiento por escrito. Y un resultado que no esperaba es que entre estos apoderados, la pareja no estaba de acuerdo en participar en la vacunación.

Las reflexiones que me surgieron entonces fueron que si bien la teoría del estrés, como este mecanismo condicionante o mediador en la génesis de la enfermedad, podía dar cuenta de los procesos etiopatogénicos, es decir, más biológicos, no me permitía establecer hipótesis en el sentido positivista del término para explicar o testear los fenómenos sociales concomitantes.

Ello significaba para mí, “recortar” una parte de la realidad. Dado que el método epidemiológico es de fuerte raigambre científica, ignoraba el estudio sistemático de otras variables que emergían de lo social.

De esta manera, preguntas referentes a la influencia de la migración y la pobreza, o la irrupción de la modernización, expresado también en el consumo acentuado de bienes, así como las pautas culturales reinantes respecto a la enfermedad y su manejo, quedaban sin respuesta con el método tradicional.

La búsqueda de métodos alternativos me ha hecho plantearme que hablábamos lenguajes diferentes, que no éramos capaces de transmitir o compartir la visión científica del nuestro mundo al lego en estas materias, que habiéndolo reconocido, podría habernos abierto las puertas a un modo diferente de ver las cosas.

En este sentido el construccionismo social al proponer que el discurso científico es uno de los posibles entre otros, posibilita la flexibilidad al tiempo que invita a descubrir modos distintos de abordaje:

“De este modo se estimula la evaluación crítica de las diversas inteligibilidades desde posiciones exteriores, explorando así el impacto de estas inteligibilidades en las formas más amplias de la vida cultural” (Gergen K., 1996, página 78)

De un modo más restringido, se han planteado alternativas de abordaje epidemiológico. De Almeida, citando a M Susser, propone que el modo de avanzar en este tipo de problemas, radica en un buen diseño de investigación y en el uso crítico del raciocinio probabilístico, como herramientas de resolución provisoria y pragmática de la incertidumbre del investigador.

Así se propicia un modelo ecológico para los sistemas sociales que se caracteriza más por una compleja “interrelación” de sus niveles de organización. (De Almeida N., 1992).

El otro modelo citado por este autor corresponde al propuesto por Laurell: plantea que habiendo estos dos grandes elementos, lo biológico y lo social, este último será el que le dará las características propias al primero en una comunidad determinada, entendiendo este método como *ecológico*, pero que incluye variables sociales y dentro de ellas, las socioeconómicas.

Si desde esta perspectiva quiero avanzar como investigador, las hipótesis entremezcladas que surgirían serían el rol de la política de gobierno sobre las personas en ese período y su consecuente desconfianza frente a proyectos militares extranjeros, y su rechazo a la oferta de vacunación podría entenderse también como la posibilidad de expresión emocional restringida por otras vías.

Del mismo modo, como la pérdida de una *identidad colectiva* frente a la modernización, y al mismo tiempo, una depreciación de sí mismo por no poder alcanzar un estatus de moderno exigido por el mercado, generaría una vulnerabilidad que se manifestaría en una enfermedad biológicamente demostrable (Hobfoll S., 1998).

Finalmente, Quirce ha planteado la necesidad de considerar que los cambios sociales de gran rapidez, que se suceden hoy en día, hace que se produzca una hibridación de variables existentes antes del cambio y aquellas que surgen con él, lo que dificulta nuevamente el uso de un método que aísla variables (Quirce C., 1980).

Quién más ampliamente ha tratado este tema y desarrollado un paradigma es Morin, con su propuesta de la complejidad, y en este ejemplo se logra apreciar la necesidad de aceptarla, pues la separabilidad habitual de la ciencia positiva puede establecer un contacto “dialógico” con la inseparabilidad, insertando la primera en el segunda. Por otro lado, no me fuerza a abandonar la lógica positivista sino a la combinación: entre su utilización dialógica segmento a segmento y su transgresión en los agujeros negros donde deja de ser operacional (Morín, E., 2010)

6.3 Revisitando el laboratorio

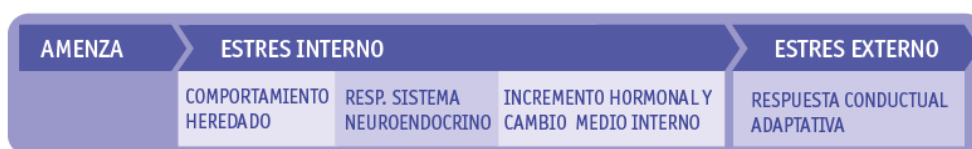
De regreso de las investigaciones realizadas en terreno, continúo mi formación profesional como psiquiatra. Dado el interés compartido con el Dr. Vargas sobre el tema del estrés, nos abocamos a su estudio y revisión.

Gran parte de lo expuesto a continuación corresponde a su propia investigación. Las reflexiones que presentamos enseguida son relevantes para el desafío que me ha impuesto Doublet, acerca de la excesiva vaguedad del concepto de estrés, pues si bien he podido ver cómo tiene matices y jerarquías, según cómo se le enfoque, es preciso definirlo mejor.

En Chile, L. Vargas, en 1994, propone una definición que procura incorporar lo más típico del estrés:

"Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuroendocrina ante el estresor amenazante", colocándola de una manera esquemática:

Visión esquemática de la definición de estrés



En esta definición, el *estresor* parece más preciso que *demanda* y está incluido en la *amenaza*, que pone en juego un programa grabado en los genes y que tiene la característica de inducir un comportamiento conductual instintivo, básico para iniciar la respuesta, estableciendo así una diferencia importante con Selye.

Desde el punto de vista hormonal, recordamos que el estrés estimula intensamente al sistema adrenérgico, provocando una abundante descarga de adrenalina *desde la glándula suprarrenal* (que se llama así porque se encuentra sobre el riñón) y noradrenalina desde las fibras terminales noradrenérgicas de todos los órganos.

La acetilcolina antagoniza a la adrenalina/noradrenalina y evita un desbalance entre los dos sistemas que pudiera llegar a poner en peligro la vida de la persona.

Sería una pérdida de la autorregulación hormonal. En el equilibrio entre ambos sistemas radica el mecanismo regulatorio hormonal del estrés. Una posible pérdida de ese equilibrio es prácticamente inexistente y que sólo puede producirse cuando el estrés es excesivamente intenso o prolongado y que lleva a la fase de agotamiento y muerte. Experimentalmente se provoca usando dos o tres estresores en forma seguida; sin mediar descanso entre las aplicaciones experimentales de éstos.

También debo recalcar que *la hormona ACTH es la hormona del estrés.*, la que siempre aumenta en la sangre de personas estresadas y que actúa sobre la corteza suprarrenal produciendo cortisol. Se habla entonces de una "disociación de la respuesta neuroendocrina" cuando se activa una respuesta de descarga de adrenalina, que para nosotros no constituiría estrés, sino que forma parte de algunas actividades que nos alteran la cotidianeidad.

Así, en un estudio en paracaidistas europeos, se observó que todos tenían alzas del cortisol en los primeros saltos, pero los que adquirieron una maestría en su ejecución o afrontamiento exitoso, normalizaron los niveles de cortisol (Ursin, 1978).

El estrés al inducir estos cambios fisiopatológicos, es decir, que sobrepasan el margen normal de las funciones reguladas, lleva al sistema endocrino-sanguíneo hacia una exigencia mayor que significa iniciar un desafío a la habitual autorregulación llamada "*homeostasis*" por Cannon (del griego *homo*=semejante y *stasis*=estado).

Por ejemplo, normalmente circula por la sangre una determinada cantidad de azúcar (glucosa) y de otras sustancias, la cual aumenta significativamente a consecuencia del estrés, y llevan al medio interno a un nivel de regulación distinto, llamado "*heterostasis*" (*hetero*=diferente) definido por Selye, que pone en alerta a todo el organismo y que resume el cambio fisiológico del estrés, que pasa a ser fisiopatológico. (Vargas L., 1976^a, 1976b, 1977^a, 1977b).

Una interesante discusión se llevó a cabo en torno a lo que iniciaba y/o detenía la respuesta del estrés. Definido que la amenaza es el agente productor más representativo del estrés, afirmamos: Porque es la respuesta ante el peligro o desafío, el cual justamente es una amenaza a nuestra integridad, sea ésta la seguridad de vivir, la inducción de un trastorno psicológico (muerte de ser querido), el daño físico (accidente), una infección, el examen escolar o universitario, entrada de un ladrón en la casa (*peligrosidad variable*).

Un elemento de especial relieve lo constituye la evaluación de la *peligrosidad* del agente productor de estrés, que variará según cada individuo. Para algunos subir a un avión será amenaza de gran peligrosidad y viajará bajo estrés, mientras que para los que viajan todas las semanas será algo cotidiano y sin la respuesta de estrés, lo que implica adaptación adquirida y nos señala la posibilidad de poder afrontar el estrés (Coping).

Sin embargo, cualquier perturbación seria que ocurriera durante el vuelo, actuará como estresor fuerte y desencadenará una respuesta aguda de variable intensidad, según sea la evaluación que se haga sobre lo que está aconteciendo. Entonces, somos vulnerables ante lo desconocido. Por consiguiente, dicha evaluación de la peligrosidad, sea consciente o inconsciente, es uno de los conceptos importantes del estrés.

Al mismo tiempo es posible, en base a la investigado y revisado, decir que hay precisiones conceptuales que hacer: la primera es la definición de *adaptación* en un sentido no evolutivo, es la acomodación psicofisiológica a las nuevas variables provenientes del medio ambiente.

Esta definición abarca a dos conceptos más claves para la comprensión del estrés: la *habituación*, que es una respuesta a un estímulo neutro o sin peligro y la *maestría o afrontamiento* (coping en inglés), que puede definirse como la destreza para manejar el miedo. (Vargas L., 1981^a y 1981b).

Se reconoce que estímulos psicológicos muy intensos inducen un estrés agudo, cualquiera sea la predisposición genética o cultural.

Se comprende que en accidentes graves con fractura ósea, haya reacción psicológica intensa, con dolor y agravada por la simultaneidad de acción de varios estresores (físicos, fisiológicos y psicológicos).

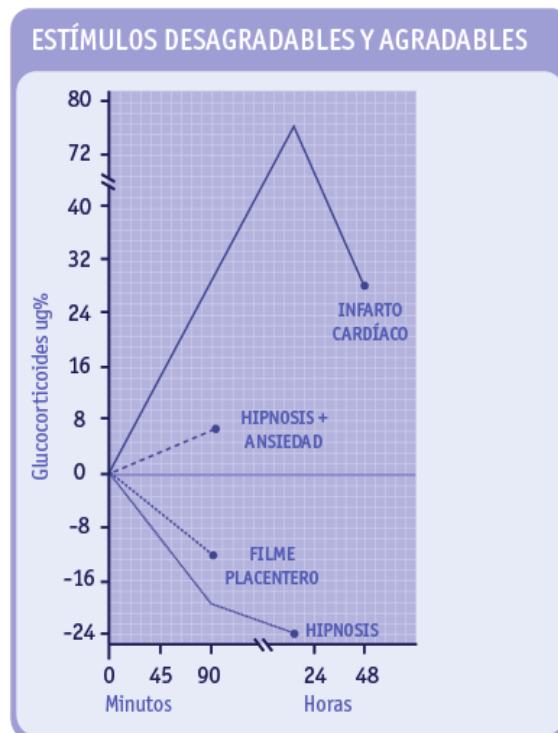
La visión del estrés con amenaza, significa que tiene que ser *desagradable y perturbador*. El grado mayor de respuesta de origen psicológico puede ir acompañado de una intensa tristeza.

Así, ante la muerte del ser más querido, el estrés causa disminución de las defensas biológicas, produciéndose inmunodepresión. En el caso estudiado de la muerte del esposo muy querido, tal depresión de la inmunidad puede durar 4 o más semanas (Cruz C., 1998).

La acción del estresor amenazante se opone a la tesis de Selye, quién plantea que la noción de estrés sea más amplia proponiendo el "*stress without distress*", que equivale a decir estrés sin estresor desagradable. Piensa que es indiferente si el agente o la situación que enfrentamos sean agradables o desagradables, y que lo más importante es la intensidad de la demanda para lograr el reajuste o adaptación.

Revisamos la literatura y encontramos que no se confirma lo que piensa Selye, quién no realizó observaciones experimentales en seres humanos, es decir no determinó glucocorticoides plasmáticos, correspondiendo sólo a una postulación teórica o como a veces lo llamó él, heurística.

Esto ha sido estudiado y se ha podido comprobar que estímulos agradables no producen alza del cortisol, sino disminución. Esta es una hormona que de permanecer en el organismo por tiempos prolongados, provoca daños tisulares.



Experimentos en seres humanos estimulados con situaciones agradables y desagradables y la variación consecuente en el nivel de los corticoides.

Según nuestra opinión (Cruz C. y Vargas L.), Selye confundió estrés con la emoción intensa acompañada solamente de descarga transitoria de adrenalina sin descarga de ACTH (hormona del estrés) y que consecuentemente, *no* es estrés. La confusión es muy lamentable porque desvirtúa el concepto mismo. Nosotros establecemos una clara distinción entre estresor desagradable y estímulo agradable.

Sin embargo, otros han asumido una interpretación diferente de los conceptos de Selye, en parte porque en inglés se usa "distress" para referirse a angustia o congoja.

Otro aspecto de notable importancia que no podemos dejar de mencionar, es que el organismo responde de manera proporcional a la intensidad del estresor. Ya mencionamos la participación del cortisol en la respuesta propiamente estresante, pero excepcionalmente puede incluso *bloquearse el eje hipófisis-ovario* frente a ciertos estresores. En los experimentos con paracaidismo simulado, no se modificaba la concentración sanguínea de testosterona y estrógeno. (Ursin, 1978).

Sin embargo, el cautiverio si influye crónicamente en algunas especies de monos, los cuales pierden la capacidad reproductora. Se sabe que la reproducción es difícil en zoológicos con espacios reducidos y es, en tales casos, que la hembra experimenta anovulación. (Müller A. 1997).

En la especie humana se ha observado que ante eventos catastróficos, como los bombardeos alemanes sobre Londres durante la Segunda Guerra Mundial, se produjo suspensión de la ovulación en algunas mujeres expuestas.

Estas observaciones son altamente ilustrativas de los diferentes grados de respuesta que tiene el sistema neuroendocrino y que es válido para la especie humana. (Vargas L., 1981a y 1981b).

Otro fenómeno a destacar es la *activación* (arousal, en inglés), la de estimulación y su proyección a la conducta: La "activación" del sistema nervioso se distingue de la *estimulación o excitación* porque en la estimulación hay respuesta inmediata y un efecto que se extingue, mientras que en la activación hay respuesta - respuesta - respuesta, seguida de un efecto prolongado.

En el símil del encendido de una ampolleta eléctrica, en la estimulación se enciende y apaga, mientras que en la activación queda encendida. Esto explica que el efecto del estrés pueda prolongarse hasta varios días o semanas, debido a que la activación sigue actuando. El conjunto de lo tratado explica lo que llamamos respuesta típica del sistema neuroendocrino.

Debemos hacer notar que Selye no utilizó el término "arousal" o activación, que es un concepto más fisiológico que endocrinológico. Volviendo a este autor, él no se dedicó a investigar al *comportamiento* en sus estudios y definiciones.

Nos parece que la preocupación por lo endocrino y lo inespecífico lo privó de reconocer la gran importancia del comportamiento, lo mismo que no le dio relieve a la especificidad de su descubrimiento en la respuesta del sistema neuroendocrino-vegetativo. Es así que consideramos que su enfoque y preocupación principal estuvo referido al estrés como respuesta interior.

Contrariamente, Walter Cannon, pionero del concepto, al cual llamó *emergency* también estrés en 1914, descubridor del sistema adrenérgico o simpático en su sentido funcional, investigó la respuesta del gato encerrado (protegido en una jaula), al cual se le presentaba un perro que lo amenazaba con sus ladridos.

Cannon describió la respuesta furiosa del gato (dilatación pupilar, erizamiento de garras y pelos y contracción corporal, listo para saltar) al igual que lo hiciera su antecesor Darwin (Charles Darwin, 1998), pero a diferencia de éste, el fisiólogo de Harvard resumió esta conducta bajo el famoso concepto de "*to fight or flight*" (*lucha o huida, aunque para algunos este último verbo puede hacer referencia a congelarse o paralizarse o simular la muerte*).

Es decir, Cannon reconoció los cambios conductuales asociados a los del sistema simpático, contribuyendo por primera vez a mirar el estrés desde el medio interno como en su expresión conductual.

Así, Darwin fue un pionero observador de las emociones y Cannon fue el descubridor de la reacción del sistema nervioso autónomo frente a las emociones.

Para el estudio y medición del estrés en ratas y otros animales se usaron varios indicadores bioquímicos: la descarga de adrenalina a la sangre tiene un efecto de la mayor importancia, cual es la elevación de la glucosa en la sangre (glucemia), llamada *hiperglucemia* (de híper = aumento).

Este es un *indicador muy sensible de estrés* y tiene relevancia porque para mantener las respuestas adaptativas, la glucosa contiene gran energía, siendo fundamental para poder sostener la respuesta de lucha o huida, donde la musculatura requiere de un buen aporte de glucosa. El lado dañino de la hiperglucemia del estrés está en que, para el paciente diabético, la elevación del azúcar sanguíneo es muy perjudicial.

Habiendo quedado establecida una postura conceptual frente al estrés, en el laboratorio, dada su cercanía con la medicina, nos interesamos por ver el rol patogénico del estrés en un modelo experimental.

Se conocía que la diabetes mellitus es una enfermedad que se caracteriza por la dificultad para incorporar la glucosa al interior de las células insulino dependiente (en especial, en el área muscular). Las consecuencias de esta incapacidad son múltiples y afectan a varios órganos del cuerpo produciendo daños severos a nivel renal, cerebral, ocular, etc.

En la diabetes juvenil se produce una carencia de glucosa al interior de las células debido a la falta de insulina, lo que provoca alteraciones gravísimas en el metabolismo general que conducen a la muerte. Esta es la diabetes *insulino dependiente o D-1 irreversible* (D= diabetes tipo 1).

Es irreversible porque murieron las células productoras de insulina localizadas en el páncreas. Al recibir insulina, sobrevive el organismo luchando para evitar la hiperglucemia, enemiga número uno, porque al subir la glucemia por sobre lo normal, el exceso de glucosa se pega a la insulina inactivándola.

El otro tipo de diabetes es la *insulino no dependiente o D-2 reversible*. En este caso el paciente es de edad adulta y se puede mantener sin recibir insulina, pero esta insulina se encuentra parcialmente impedida de actuar y así, sin poder alcanzar la eficiencia insulínica necesaria.

Se trata de una enfermedad totalmente distinta de la anterior, porque en la D-2 se dispone de insulina como para prevenir las complicaciones. Esta condición especial hace posible usar sustancias que contrarrestan ese impedimento o inhibición, lo que puede lograrse con las llamadas drogas hipoglicemiantes.

Por consiguiente, el estrés, al producir hiperglucemia (por sí mismo, sin ingestión de alimentos), constituye un factor perturbador del control de la glucemia de los diabéticos.

Actualmente se postula que la hiperglucemia exagerada es uno de los factores responsables de la producción de las graves complicaciones de la diabetes, al provocar insuficiencia insulínica (incapacidad de la insulina para cumplir su función).

El estrés, con su capacidad para inhibir al sistema inmune y provocar inmunodepresión, en los casos de estrés agudo muy intenso y que si se prolonga, explican la tendencia a adquirir infecciones en el paciente diabético mal controlado.

El efecto perjudicial del estrés en la diabetes se confirma ampliamente en la investigación experimental. La rata con el páncreas reducido quirúrgicamente (a sólo un 20% de su tamaño normal), es un modelo de menor disponibilidad insulínica.

El animal al ser sometido a estrés repetido (simulación de curso crónico), desarrolla diabetes permanente. La menor disponibilidad de insulina la hace vulnerable, ya que en la rata con páncreas intacto no se produce diabetes. (Caponni R., 1979)

Estas observaciones sugieren que en los pacientes con tolerancia a la glucosa disminuida y que con los años algunas llegan a desarrollar diabetes permanente, se deban al haber estado sometidos a estrés repetidos, ya que la tolerancia disminuida significa menor disponibilidad de insulina.



De esta manera, la producción del conocimiento basado en la experimentación y por supuesto, en el método científico parecía abrir puertas a realidades inmutables. Continué trabajando y, dada mi formación psicológica, pude aportar a la definición previa de estrés, agregando algo nuevo:

"Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo, con activación específica neuroendocrino y emocional ante un estímulo percibido como amenazante (estresor) para nuestra integridad o bienestar". (C. Cruz, 1998).

El aporte consistía en intentar incorporar elementos psicológicos intermedios en la respuesta del estrés. Y detallábamos los componentes

Respuesta a un estresor

El estrés es, según nuestra definición, *una respuesta a un estímulo estresante*. Este estímulo tiene la característica básica de ser percibirse o ser de suyo amenazante. En este punto debemos hacer notar que el sentido de amenaza es dado ya sea internamente o de modo externo; es decir, el riesgo de ser atropellados será percibido por la mayoría de las personas como una amenaza para su vida (*amenaza externa*). Sin embargo, situaciones que pueden no ser tan dramáticas serán vividas de distinta manera por diferentes personas.

Y avanzamos incluyendo una clasificando los estresores (D. Cotton, 1990, página 28)

1. *Estresores físicos* incluye condiciones que nos afectan primordialmente en nuestro cuerpo tales como los cambios extremos de temperatura, la contaminación ambiental, un choque eléctrico o el ejercicio prolongado.

2. *Estresores psicológicos* serán aquellas amenazas que son atribuibles a la reacción interna de la persona - pensamientos, sentimientos y preocupaciones acerca de amenazas percibidas. Cotton destaca como estos estresores son más subjetivos dado que la amenaza involucra la interpretación que hace la persona de un determinado suceso.

3. *Estresores psicosociales* son los que provienen de las relaciones sociales, generalmente por aislamiento o excesivo contacto (como ocurre en condiciones de hacinamiento). Este grupo de estresores debe ser contextualizado más que los anteriores.

Estrés es el comportamiento heredado, defensivo y/o adaptativo

Partimos pensando que el estrés es un comportamiento grabado en nuestros genes que nos permite alertarnos del peligro y reaccionar ante él y eso explicaría su aporte a la sobrevivencia de la especie. Sin embargo, también pensamos que se ha exagerado y se ha descuidado el aspecto adaptativo, que dice relación con las respuestas que a diario nos exige el medio, pero que no son amenazas vitales, y que constituyen generalmente el punto central del análisis psicológico del estrés.

Este avance significó, en ese momento, aceptar la concepción que Lazarus hace del estrés que es la relación entre la persona y su medio que es percibido como excesiva para sus recursos o amenaza su bienestar (Lazarus R., 1984).

Agregaremos que esta amenaza puede también ser vista por la persona como un "desafío", como ocurre en el estudio de los paracaidistas ya mencionado.

El estrés tiene mucha relación con el estudio de las emociones y de la ansiedad, de allí que se ha producido cierta confusión al momento de las definiciones usadas y de los resultados de investigaciones.

Aclaremos que a lo menos es posible desglosar el estrés como respuesta en tres grandes áreas:

a) el área neuroendocrina

Tratada en los capítulos previos y que dice relación con la activación parcial o completa del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. En este punto es claro que, si bien en el laboratorio era posible establecer esta clara relación causa-efecto de un estresor intenso que produce una descarga de ACTH, tenía limitaciones extrapolarlo al hombre y dejar fuera una serie de fenómenos que no pudieran estudiarse de esa manera y que complicaban significativamente el proceso del estrés.

Por ejemplo, el que imágenes funcionales cada vez más precisas y nos indican que las personas, frente a rostros temerosos, se les activa un área llamada amígdala, estructura que se sabe almacena la memoria emocional, especialmente el temor. Más interesante ha resultado el hecho que si estos rostros se muestran con gran rapidez y la persona no está consciente de ellos, la amígdala de su hemisferio derecho se activa, mientras que la del lado izquierdo lo hace sólo cuando la persona está consciente de lo percibido.

Estos hallazgos sugerirían que el lado izquierdo estaría involucrado en la respuesta consciente y el lado derecho en nuestra mente inconsciente. Sin embargo, el hallazgo se haya supeditado parcialmente a lo que se defina como temor en ese contexto social (Mlot, C., 1998).

b) La respuesta del estrés desde el área cognitiva

La segunda área que involucra la respuesta del estrés es el proceso psicológico que es explicado dentro del ámbito de la teoría cognitiva-conductual y que ocurre en nosotros frente a los estímulos externos que nos generan estrés.

Los estímulos ambientales e internos pasan por una *evaluación subjetiva de la persona* ("appraisal" en inglés) expuesta al estímulo. Dejamos de lado las amenazas directas y reales (accidente, caída brusca, terremoto); queremos dar énfasis al conjunto cotidiano de amenazas estimadas.

Ha sido Lazarus quién, en nuestra opinión, ha propuesto un modelo comprensivo para este fenómeno, considerando además la respuesta de la persona al estresor o el "*modo de manejarlos*" (también llamado "enfrentamiento", o coping en inglés), que veremos más adelante. La propuesta de Lazarus implica un intento de superar la explicación causal propia de la perspectiva cognitiva-conductual, aproximándose a un enfoque más fenomenológico del proceso de stress.

Este autor define la "estimación" como un proceso cognitivo evaluador que interviene entre el encuentro con el estímulo y su reacción, y los tipifica:

La primera es realizada por la persona en cuanto a tener su propio juicio acerca del encuentro con el estímulo y determinar si es irrelevante, benigno o positivo, peligroso o "estresante". Conviene destacar aquí que hay estresores que desencadenan una respuesta instantánea que a veces no alcanza a ser procesada conscientemente. No obstante, ello dependerá de lo que Lazarus define como "estimación", que podría entenderse como un elemento que predispone a la respuesta automática.

Un estímulo positivo, será para algunos autores como Selye una situación estresante, en tanto para nosotros no lo es, tal cual lo postula implícitamente Lazarus. Así, creemos que por el contrario, un encuentro familiar o una celebración constituyen sucesos que nos "protegen" de los eventos estresores.

Cuando la "evaluación propia" (determinismo estructural del sistema) establece que la situación es estresante, este autor considera que lo peligroso puede ser evaluado como daño/pérdida (es decir, el daño ya ha ocurrido); como amenaza (en la cual se anticipa el daño); o como desafío (lo que presupone la posibilidad de adquirir dominio sobre la situación).

Una segunda evaluación sucede a la anterior y se refiere a la consideración de las opciones de cómo manejar la situación que la persona dispone o "de cómo manejar el problema". Esta evaluación incluirá considerar las alternativas que están disponibles para ser usadas en la situación, si serán o no efectivas, y si la persona en cuestión será capaz de usar una determinada estrategia de afrontamiento.

La tercera evaluación es en realidad una reevaluación ("reappraisal" en inglés), la que puede surgir a partir de algo nuevo ocurrido alrededor de la persona o desde ella misma. También puede ser el resultado de los esfuerzos cognitivos desplegados para enfrentar la situación.

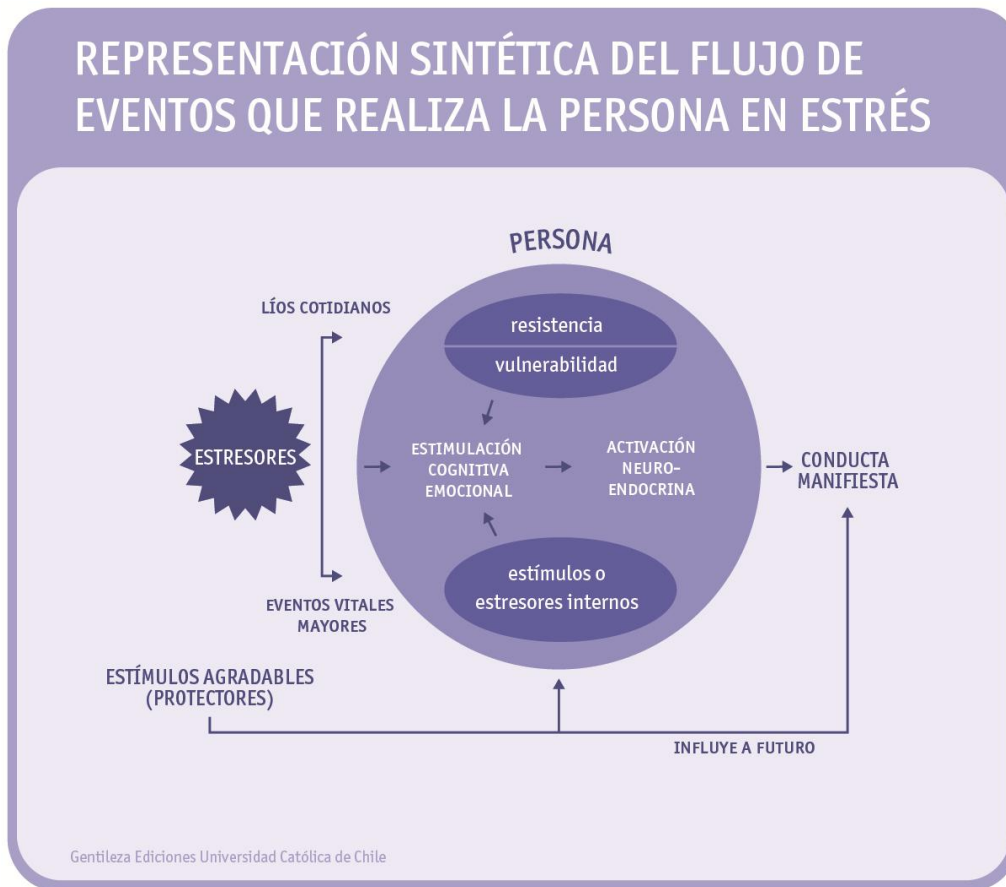
En los paracaidistas, estudio que ya hemos citado, se concluye que hay "lucha" y que se supera y que ésta les permite alcanzar la "maestría o afrontamiento exitoso".

c) El área de la conducta manifiesta del estrés

Aunque también ha sido ya nombrado al referirnos a lo fisionómico como evidencia visible del estrés en las personas sometidas a amenazas, podemos agregar aquí que existe, hoy por hoy, suficientes pruebas para postular que el temor generado en el estrés es innato, así como su expresión facial, dado que es posible de observar en niños ciegos de nacimiento y en adultos de diferentes culturas.

Más aún, la expresión facial y no verbal tiene un valor adaptativo no sólo para la persona afectada, sino que permite comunicar el peligro a otros miembros de su especie. Sin embargo, ello no descarta que la respuesta vaya tomando diversas formas complejas de aparición, dada las experiencias que va teniendo la persona durante su vida.

La representación que propuse entonces tenía estas características:



Estaba centrada en la persona como individuo, pero no aislado, sino en consonancia con el *modelo transaccional* de Lazarus (Lazarus, R, 1984), en que el énfasis se coloca en una persona en relación con el medio y siendo influido por él, de allí la inclusión de una retroalimentación a partir de la experiencia.

Asumía que había una vulnerabilidad de la persona frente a los estresores, ya fuera innata o adquirida en el curso de su vida, que influía en su estimación cognitiva. Aun suponía que habría activación neuroendocrina característica o propia del estrés.

Frente a los diversos estresores que detallábamos se produciría una respuesta personal, dependiendo de cuánto superará o no la capacidad adaptativa del individuo. Aclarábamos que los estímulos agradables no eran estresores, como alguna vez lo propuso Selye. Incluíamos además estímulos provenientes de la interioridad de la persona.

Si bien el modelo nos parece enriquecía el concepto de la respuesta al estrés en humanos, había críticas correctas de él. Por ejemplo, Hobfoll opinaba que era un modelo tautológico, pues lo estresante se definía como aquello que superaba la capacidad habitual de respuesta cotidiana del individuo y por lo tanto era su capacidad adaptativa lo que definía al estresor, imposibilitando la comparación de estresores estándares o situaciones tipo (Hobfoll S., 1989).

Sin embargo, más allá de estas críticas de referentes externos sobre el estrés y los estresores, lo que no percibía críticamente eran las características básicas de nuestro modelo: dada la formación médica y empírica que traía, me parecía evidente que la representación gráfica debía ser en la forma de un individuo “cerrado” y circunscrito sobre sí mismo y que estaba usando un símil del computador, caro a la psicología cognitiva, elegantemente descrito como:

“La metáfora del computador posibilitó a los psicólogos la conceptualización del self como un esquema mental que organiza una información de características específicas: las creencias personales acerca de sí mismos, sus interpretaciones de experiencias pasadas y expectativas acerca del futuro y de su propia valía”. (Jones R., 2004, página 217).

Este modelo coincidía con las elaboraciones que había alcanzado después de reflexionar sobre los experimentos realizados en el laboratorio y de la incipiente experiencia clínica en la psiquiatría.

Pensaba que reflejaba bien lo hereditario, desde un punto de vista de lo genético (pues existe la herencia social también), que determinaba una vulnerabilidad o resistencia que podía permitir o dificultar la adaptación del individuo a su medio.

La exposición a eventos o sucesos vitales estimularía y desarrollaría la capacidad de evaluar y responder a los estresores, mediando esta respuesta por la participación neuroendocrina descrita previamente. Este proceso es lo que permitiría alcanzar el “coping” o manejo o maestría en el control del estrés.

Destacaba la presencia de la retroalimentación, un concepto derivado de la teoría de sistemas, en su versión positivista, y que me permitía aclarar el error de Selye respecto al valor de protección y refuerzo de las situaciones placenteras y también del efecto que producían en la persona las consecuencias de las conductas de manejo del estrés sobre su capacidad de enfrentarlo nuevamente.

Desde una nueva perspectiva, el construccionismo social, las categorías dadas por mí perdían asidero como una explicación que fuera fiel reflejo de la realidad.

Primero, estaba considerando al individuo como una entidad independiente, que se nutriría del medio, y no como ellos enfatizan, un ser humano que sólo es tal en cuanto es en relación, de modo que su forma de ver y estar en el mundo es social, como nosotros investigadores lo somos.

Desde esta perspectiva entonces, nosotros como personas nos hemos desarrollado aprendiendo y “aprehendiendo” qué es lo que el mundo se dice que es y cómo se espera lo interpretemos, y cuáles son las pautas esperadas para reaccionar frente a los sucesos de la vida, es decir, como fenómenos fundamentalmente socio-culturales.

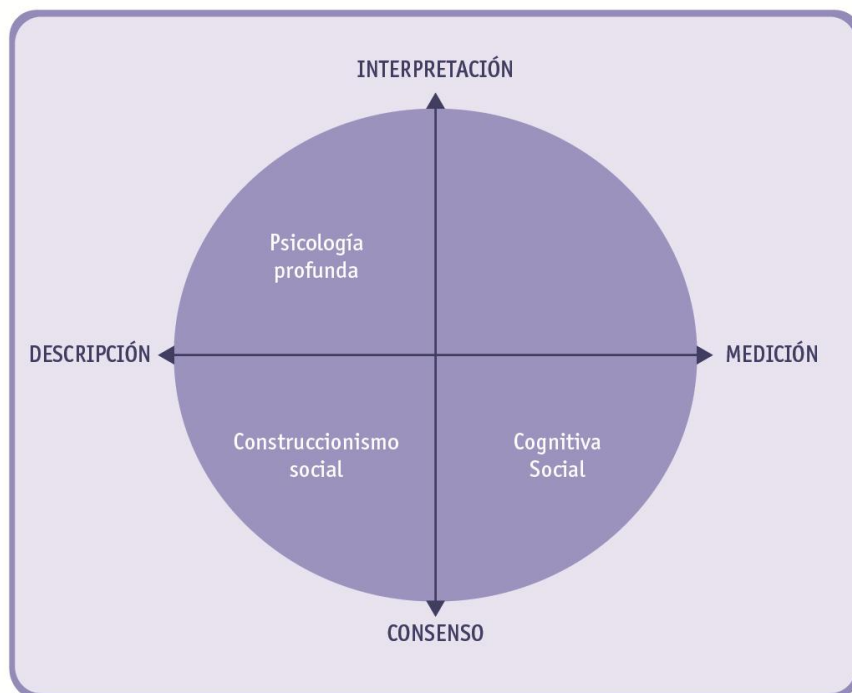
Y ello incluye los que llamo en nuestra figura “estresores internos”, diciendo con ello que hay expectativas sociales interiorizadas que pueden constituirse en tensiones que nos desgastan al no satisfacerlas.

De esta manera, los términos usados por mí tienen inteligibilidad en un determinado contexto, por lo que no era obvio que vulnerabilidad significara lo mismo para cualquier oyente. Es más, este término en particular puede adquirir la connotación de déficit, elemento crítico en la psicología moderna y criticada por el construccionismo (Gergen K., 1996).

Más aun, la figura diseñada por mí tiene asiento en el cerebro, considerando a éste como el lugar donde se ubica la mente. En este sentido, también me sorprendió como la duda debe ser colocada allí también: el creciente desarrollo de los estudios funcionales de la actividad cerebral se están haciendo equivalentes a localizaciones de emociones, actitudes y conductas (como también lo hemos hecho nosotros), sin tener la precaución de ser conscientes que hemos designado culturalmente aquello que llamamos emoción, actitud o conducta, y en este sentido, hacer conexiones entre la mente y el cerebro es una forma de proyección cultural (Gergen K., 2010).

Bajo esta nueva mirada, concuerdo con lo propuesto en cuanto a la duda razonable que se propone, y entiendo que mi explicación era un esfuerzo diligente hacia una mayor comprensión del fenómeno del estrés, que incluso teniendo impacto en el manejo adecuado del éste, tenía sustento discutible que me hace ser cauteloso al momento de sacar conclusiones más definitivas.

En un sentido más amplio las diferencias de enfoque se pueden presentar de esta manera:



Psicología de la posmodernidad (traducido y adaptado de Jones R., 2004)

Por otra parte, mi postura, puede tener otras consecuencias que van más allá del conjunto académico o la comunidad científica y que son carácter ético: apuntan a una postura de la persona como individuo aislado en proceso de construcción de sí mismo, tomando distancia de la colectividad, de aquello que tradicionalmente era acordado, consensuado como parte de un proyecto de sociedad, como lo comenta extensamente Gergen en su libro “El yo saturado” y también la sociología, con el riesgo de dejar en el individuo el peso de las decisiones, entre ellas su propia definición, nada menos que la constitución de su self, sin un referente claro y definido (Gergen K., 1992; Bauman Z., 2000).

6.4 El retorno a la clínica: estudio de trauma o estresores graves

El desarrollo del modelo psicológico del estrés y los prejuicios que entrañaba se dieron en los primeros años de práctica psiquiátrica. En la medida que adquiría mayor experiencia me fui interiorizando de otras ideas y estudios.

En nuestro país había una tradición de estudios epidemiológicos que permitían tener un cuadro bastante aproximado de la frecuencia de trastornos mentales y deseábamos contribuir a esclarecer relaciones causales con factores estresantes graves como el trauma infantil y la psicopatología en el adulto.

Sabía que distintos estudios mostraban una alta prevalencia de síntomas emocionales en poblaciones de pacientes consultantes en el nivel primario de atención de salud, principalmente de cuadros depresivos y ansiosos entre las mujeres y abuso de alcohol y drogas entre los hombres (Florenzano R., 1998 y 2002, Numhauser J., 1999).

Existe evidencia creciente en la literatura tanto nacional como internacional acerca de las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta de hechos traumáticos ocurridos en la niñez y pre-adolescencia. Por ejemplo, la asociación de somatización con experiencias traumáticas había sido estudiada por distintos autores, en relación a trauma sexual (Mayou R., 1997; Leserman J, 1996), dolor en estrés postraumático (Schreiber S., 1993) y síntomas gastrointestinales (Walker E, 1993)

En Chile, primero Numhauser et al., en estudios realizados en mujeres de Chiloé (Numhauser J., 1999). y luego nuestro grupo en poblaciones hospitalarias han documentado esta asociación (Florenzano R., 2002).

El número, tipo y gravedad de las experiencias traumáticas, así como la edad en que se producen pudieran representar factores de riesgo importantes para la aparición de psicopatología en la adultez. Russek et al., establece por su parte en un estudio de 35 años de seguimiento la asociación entre una menor aparición de síntomas físicos y psiquiátricos con la percepción positiva del cuidado parental (Russek L, 1998).

Ahora tengo más claro que estas “percepciones” eran evaluaciones del tipo medición a través de encuestas, cuyo riesgo es la desnaturalización de vivencias personales.

Por otra parte, sabía que en relación al individuo, la estructura de personalidad pudiera influir en la aparición de síntomas somáticos y su relación con el trastorno de estrés postraumático también había sido sugerida. El neuroticismo y la extroversión fueron identificados como factores de riesgo para este cuadro (Breslau N, 1995).

Spatz en una revisión de distintos autores encontró una relación entre niños tratados con negligencia en la infancia y distintos trastornos de personalidad, especialmente antisocial, límite y narcisista (Spatz C. 1999).

Según Johnson, personas con antecedente de cuidado parental negligente o de abuso sexual infantil, son diagnosticadas cuatro veces más como portadoras de trastorno de personalidad durante la adultez temprana que la población general, si se controlan en el análisis estadístico factores asociados de los padres como edad, educación y presencia de trastornos psiquiátricos (Johnson J, 1999).

Por otra parte se ha podido establecer el efecto anátomo funcional del trauma psíquico sobre el cerebro: se produce una disminución del volumen hipocámpico, disminuye la integración hemisférica y se genera una hiperrespuesta del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (Weiss E, 1999).

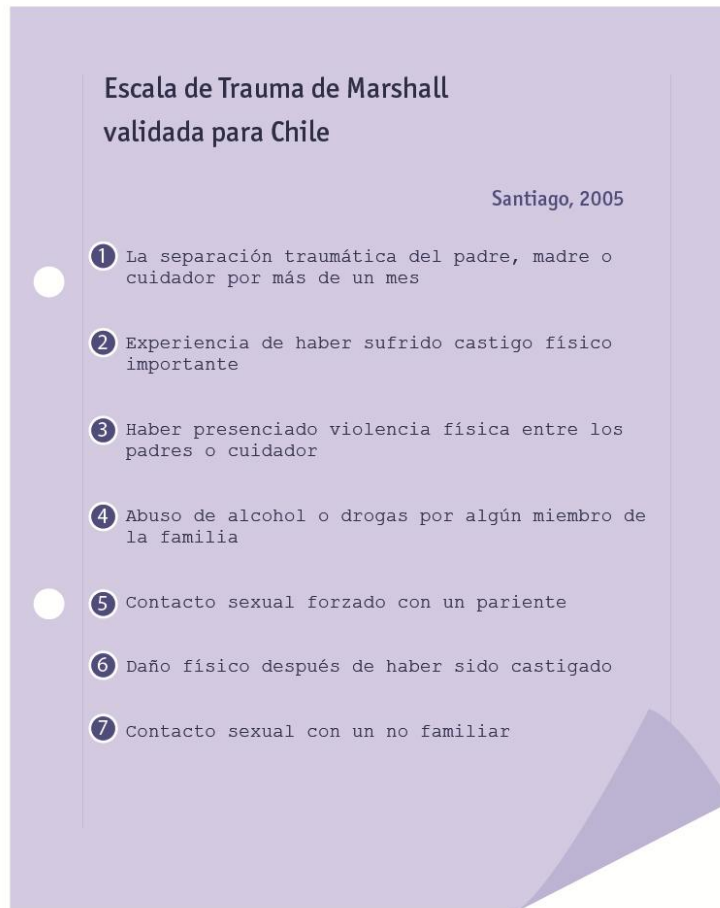
Varios autores han postulado una relación entre la expresión genética de la monoaminoxidasa o MAO, enzima de reconocida importancia en el metabolismo de los neurotransmisores ligados a cuadros psiquiátricos, y el maltrato infantil (Gold PW, 1988).

Florenzano y cols., encuentran una mayor aproximación al riesgo relativo (Odds ratio) para presentar trastornos somatomorfos o de personalidad límite en pacientes con puntajes elevados en la escala de trauma de Marshall (Florenzano R, 2002; 47-54).

Sabiendo que el trauma y el maltrato infantil se han relacionado con psicopatología adulta, decidimos estudiar la relación entre trauma psíquico infantil, y tres cuadros psicopatológicos: trastorno afectivo, somatización y trastorno por estrés post-traumático (TEPT), según definiciones del DSM-IV, así como personalidad límite en pacientes internados en cuatro hospitales chilenos, aplicando como tamizaje una escala de siete ítems de recuerdo de trauma a 505 pacientes (Fullerton C., 2003).

Posteriormente, a una muestra aleatoria de 85 pacientes, representativa del universo encuestado, se les administró las sub-escalas de depresión, trastorno de estrés post-traumático (TEPT) y somatización del CIDI 2.1 (validada para Chile), así como el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO), y la escala OQ 45.2 (Lambert, M., 1996. De la Parra, G. y Von Bergen, A., 2000. Florenzano R, 2005).

Para ello, se usó la escala de trauma infantil de Marshall (Marshall, R.D., 2000), que pregunta por el recuerdo de haber vivido un trauma antes de los 15 años y cuya validación externa habíamos realizado durante el inicio de estos estudios (Cuneo C., 2005) y que se muestra a continuación:



Lo destacable en nuestros resultados fue que, de los 505 pacientes evaluados, un 45.3% no recordó ninguna experiencia traumática durante la niñez, el 38.4% refirió uno o dos eventos traumáticos, y un 16.3% tres o más.

La experiencia traumática más frecuentemente recordada fue la de castigo físico (28.7%), seguida por separación traumática de alguno de los padres (27,1%), uso de alcohol o drogas por adultos en el hogar (22%) y violencia familiar (22%).

Encontramos que del total de 85 casos estudiados en la segunda fase, 27 (31,8%) cumplió con los criterios para trastorno afectivo, 17 (20%) para TEPT, y 10 (11,8%) para trastorno de somatización y al comparar la distribución de los diagnósticos CIDI entre pacientes con y sin antecedente de trauma se halló una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de tres o más eventos traumáticos y TEPT (64,3% versus 7%, $p < 0,0001$) y para trastornos afectivos (57,1 versus 25,6 % $p < 0,008$).

Como parte de nuestro trabajo profundizamos en el estudio de la relación entre trauma psíquico temprano y variables socio-demográficas del adulto hospitalizado por causa no psiquiátrica (Cruz C., 2005, Weil K., 2004).

Entre los resultados mencionamos que hay una asociación significativa entre las variables hospital de procedencia y la ausencia y presencia de trauma, específicamente entre un hospital privado y uno público (47,4% vs 62,2% $p < 0,03$).

Un factor que explicaría esta diferencia, a lo menos parcialmente, es la disparidad en el nivel de educación básica versus la media y la universitaria entre ambos grupos de pacientes ($p < 0,043$).

No encontramos diferencias entre géneros para la ausencia o presencia de trauma, así como para traumas específicos. Tampoco se encontró una asociación significativa entre la ausencia o presencia de trauma y los grupos etarios estudiados.

El estado civil de los pacientes fue diferente al existir el antecedente de la separación traumática de los padres ($p < 0.05$), predominando la convivencia estable o matrimonio en el grupo no traumatizado versus el traumatizado (62% vs 49,6%, respectivamente).

También observamos que se encontró una alta frecuencia de trauma en el grupo estudiado (55%) y ya M Komen, en una muestra de niños bajo cuidado judicial ($n = 182$), observó que entre los años 60 y 90 la violencia estuvo presente en el 45% de los casos, evolucionando históricamente de mayor a menor intensidad y aumentando en los hombres (Komen M., 2003).

Debo enfatizar asimismo que la población escogida fue de pacientes hospitalizados por causa no psiquiátrica (excepto un pequeño sub-grupo) y no se trataba por tanto de una muestra poblacional, lo que introducía sesgos evidentes.

Sin embargo, K Swahnberg et al., en un estudio sueco con pacientes ginecológicas, usando un diseño de estudio particularmente similar al utilizado por nosotros, incluyó un grupo de mujeres de la comunidad y sorprendentemente las frecuencias de los distintos traumas reportados por este grupo es muy cercana a las muestras clínicas (K. Swahnberg et al., 2004).

Destaca además la alta frecuencia de castigo o daño físico (38%) y la baja frecuencia de abuso sexual (6,8%). Estos autores encontraron en su estudio, un 34% de abuso físico y 16% de abuso sexual. Adicionalmente este investigador precisó que sobre el 50% de las pacientes refería estar sufriendo por el trauma actualmente y que menos del 3% se lo había contando a su médico (K. Swahnberg et al., 2004).

Empero, no encontramos diferencias entre la presencia de trauma y grupo etario. Al respecto, K Swahnberg et al., observaron que las mujeres mayores de 50 años tienen menor prevalencia de abusos, excepto el sexual.

En nuestro estudio el abuso físico (castigo o daño) en la niñez podría observarse con más frecuencia en poblaciones con menor educación, aunque esta relación no alcanzó significancia estadística (Florenzano R., Weil K., Carvajal C., Cruz C., 2005)

Por su parte, en el estudio sueco se destaca la tendencia opuesta en su grupo de análisis, aunque su población tiende a tener más años de estudio que nuestra muestra y ellos usaron encuestas postales, lo que podría significar que estas pacientes se sentían más dispuestas a revelar su historia.

La presencia de trauma infantil se asoció a permanecer sin pareja en la adultez en nuestra investigación. K Swahnberg et al., corroboran la observación de mayor trauma en personas solas adultas.

Una explicación a este fenómeno es aportada por BS Nelson, quién ha observado que el trauma infantil se relaciona con menor satisfacción marital y menor cohesión familiar, así como con una mayor frecuencia de síntomas individuales de estrés en un grupo de adultos en terapia de pareja (Nelson B.S., 2000).

Desde el punto de vista metodológico es necesario señalar que este es un trabajo hecho a una extensa población hospitalaria, usándose en el tamizaje la escala de trauma descrita por Marshall, orientada al trauma civil, básicamente físico y sexual, que omite catástrofes naturales, cautiverio, guerras, etc.

Es una escala corta de siete ítems, que no discrimina dentro del trauma sexual ni físico sobre intensidad, edad de inicio, frecuencia y prolongación del abuso.

Además sólo esboza la presencia de abuso emocional tal como lo define Hamarman (Hamarman S, 2000) y muy someramente sobre la relación de parentesco con el agresor sexual, aspectos que han sido relacionados con la aparición de psicopatología y su pronóstico (Mc Lean L, 2003; Pribor EF, 1992; Katrin WJ, 1992).

Destaca en este estudio una frecuencia de referencia de trauma sexual relativamente baja en relación a la literatura: 6,8% versus un 15% reportado internacionalmente (Finkelhor K., 1987). Este hallazgo probablemente se relacione con la poca discriminación que hace la escala de Marshall, en cuanto a qué considerar abuso sexual, pero pudiera tener que ver con una tendencia a callar dicha información, hecho estudiado por Vitriol en su trabajo con mujeres consultantes en un Servicio de Salud mental de Curicó (Vitriol, 2002)

Además encontramos frecuencia alta de TEPT (20%), que se contradice con la baja frecuencia de diagnóstico de estos cuadros en la práctica clínica.

Al revisar estos resultados con una perspectiva posmoderna, me parece más claro que hay indicaciones que no consideré: el *abuso* es un término que se define contextualmente, cada grupo o subgrupo social atribuye lo que considera adecuado o “amoroso” en el trato y por contraposición lo inadecuado o violento.

Los diferentes estudios al usar con frecuencia escalas o reportes asumían que capturaban el fenómeno tal como naturalmente se presenta, pero desde su perspectiva.

A este respecto, Hamarman discute que el abuso puede ser entendido como todo aquello que sea desatención parental hacia el niño, un concepto teñido socialmente, que bajo la perspectiva construccionista semeja el llamado discurso del déficit (Gergen K., 1996).

Así también, al revisar nuestras conclusiones, si bien aun creo que este tipo de estudios nos permite tener una de las tantas perspectivas posibles de enfocar un fenómeno socialmente importante y, reconociendo que hay otras narrativas posibles que permiten la captura de este tipo particular de conductas con otros matices aportadores, considero que el estudio establece relaciones que invitan a pensar y probar modelos de desarrollo, cercanos a la aproximación sugerida por Morín de considerar el abuso inmerso en la vida diaria (Morín E., 2010).

Así, al revisar la literatura, encontré que la presencia de trauma se ha observado en mujeres adictas (30-75%), pero ésta está:

“Como estas jóvenes madres y sus niños son particularmente vulnerables a la victimización interpersonal y a una intrincada red de problemas interrelacionados, sería necesaria tener una aproximación a la salud y bienestar de las madres jóvenes y sus niños para mejorar su seguridad y el bienestar de las familias”(Lindhorst T., 2009, página 11).

Esta aseveración me permitió reflexionar que el abuso, con su compleja definición, inserta socialmente en un mundo particular, podía a lo más constituir un indicador grueso de un estilo de crianza, o quizás, sólo de relación entre los padres y los hijos, o incluso, entre familiares cercanos y amigos, quienes también pueden participar en estas relaciones de violencia.

Si bien estos modelos son más comprensivos, desde la postura pragmática de intervención, no debemos olvidar que el clínico necesita de herramientas cercanas para su actuar. En este sentido, Saluja et al., sugieren que es el soporte social, en especial el instrumental, cercano al niño y a las sugerencias del terapeuta, el que aliviaría las consecuencias del maltrato infantil, principalmente las conductas agresivas antes de los 6 años de edad (Saluja G., 2003; Florenzano, R., 2005).

Tenía claro que este estudio era de tipo transversal, por lo que no podíamos establecer causalidad sino sólo concluir que los eventos psicosociales traumáticos parecen tener un impacto en la vida posterior. Existe también el riesgo de un sesgo retrospectivo, al recordar eventualmente más eventos quienes experimentan trastornos psicopatológicos.

Este estudio avalaba la evidencia clínica que señala que ambientes psicosociales traumáticos en la niñez, pudieran producir diversos cuadros (especialmente TEPT) en la vida adulta.

El trauma infantil pudiera tener una correlación inespecífica con cualquier patología mental, y no sólo con los cuadros aquí expuestos, reforzando el análisis que realizaba ahora sobre las definiciones establecidas a priori, sin conciencia de su inserción social y tan inespecíficas, cuyo resultado parecía congruente con esta perspectiva.

Habíamos también abordado hipótesis específicas de relación con algunos cuadros, que complementaríamos con el análisis de rasgos de trastornos graves de personalidad y la escala de OQ45. (Florenzano R., 2002, 2004, 2005).

Sin embargo, bajo el nuevo abordaje posmoderno y del construccionismo social, surge la inquietante pregunta sobre el efecto del trauma y los trastornos mentales. La duda que ahora me motiva es sobre estos últimos, dado que también corresponden a fenómenos socialmente designados, y aceptados como reales (Berger and Luckmann, 2008).

En este sentido, Berríos ha desarrollado una extensa reflexión epistemológica acerca de la dificultad inherente a la psiquiatría, por el hecho de ser una especialidad híbrida entre las ciencias naturales y las sociales, con enfoques dispares y difíciles de reconciliar, que a veces se disfrazan bajo el término de *aproximación plural*, pero que mantienen su sujeción a la postura del que las analiza, como es el caso del psicoanálisis o la psiquiatría biológica, cuando describen un fenómeno sobre sus bases reconociendo el aporte de otras, pero de manera secundaria (Marková I., 2012).

El modo de abordarlo es tener clara la diferencia entre lo propiamente orgánico y lo semántico, siendo este último lo que define un síntoma o un trastorno:

“Una vez que una conducta es demarcada como anormal por las prescripciones sociales, entonces las ciencias naturales lo asumen y buscan las asociaciones entre los estados cerebrales y las funciones” (Marková I., 2012, página 348).

También Lolas, aunque en un sentido más restringido y en referencia directa al estrés, critica la falencia de un sistema de referencia que dé cuenta de la complejidad que se introduce al entrar en el ámbito de estrés en humanos, pues, y de acuerdo a la concepción de Lazarus, el hombre participa en determinar el tipo e intensidad del estresor, por lo que es necesario avanzar a un modelo de relación del tipo no lineal causa-efecto, sino circular o multidimensional. (Christian P., Lolas F., 1985).

Es solo dentro de este concepto que explicaciones de raigambre biológica tienen cabida comprensiva o aportadora.

Existe entonces, una razonable duda acerca de la diferencia entre la enfermedad definida por la medicina y la sanción social de ésta. El caso más reciente que ejemplifica esta dicotomía es la homosexualidad, considerada hasta hace unos años como un trastorno mental por el Manual Americano de clasificación psiquiátrica (DSM), desapareciendo luego en las versiones posteriores.

Sin duda que, además, este “trastorno” también tenía su origen en la presión social y rechazo asociado a esta conducta sexual diferente o fuera del promedio.

Durante los últimos años hemos estado a la espera de que se sancione la nueva versión de dos Manuales de clasificación de enfermedades, el DSM-V y el CIE-11. En un área específica de las patologías mentales como es la esquizofrenia, que es una de las patologías mayormente reconocidas en su existencia “natural”, cada Manual tiene variaciones interesantes respecto a su presentación y diagnóstico.

Mientras el DSM-V considera imprescindible la presencia de alteraciones funcionales en la vida social del enfermo, para el CIE-11 no lo es, requiriendo también distintos períodos de evolución de los síntomas para establecer el diagnóstico (Gaebel W., comunicación personal).

Pero además, no sólo la definición de enfermedad puede ser entendida como de origen social, sino también el que la sufre tiene consecuencias, al aceptar su rol de enfermo, al vivir este sufrimiento particular:

“A su vez, el discurso médico puede influenciar la conducta de las personas, impactar en sus experiencias subjetivas de corporalidad, conformar su identidad y legitimar las intervenciones médicas” (Conrad P. y Barker K., 2010, página 572).

Del mismo modo, debe prestarse especial atención al estigma asociado a ciertas enfermedades, como a las que aquí denominamos “mentales”, con las conductas sociales asociadas a su cuidado, resguardos previstos y restricciones a su libertad (Conrad P. y Barker K., 2010; Gergen K., 1996).

Así también, algunas enfermedades, puestas en tela de juicio, aguardan para obtener su estatus social, si es que éste llega algún día y que tienen la peculiaridad de no tener bases orgánicas sólidas, según los criterios médicos prevalentes, tales como la fibromialgia y la fatiga crónica (Bornhauser N., Csef H., 2005).

A lo anterior, debemos considerar algo que con poca frecuencia hacemos, que son los efectos que sobre las personas tiene el recibir la “etiqueta” de una enfermedad y su impacto en su vida de allí en adelante, en especial en las patologías crónicas:

“La gente desea darle un significado a su enfermedad dentro del contexto de sus relaciones sociales, su trabajo, la cobertura de su seguro de salud, sus creencias culturales y religiosas y así sucesivamente” (Conrad P. y Barker K., 2010, página 573).

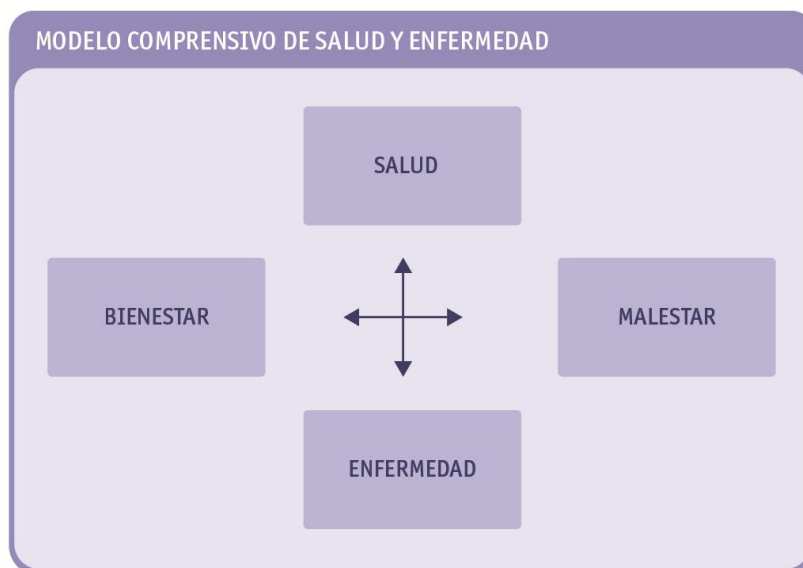
Es dentro de esta panorámica que retomamos el estrés, pues es importante considerar que este fenómeno tiene también una definición social, que se extendió muy rápidamente después de la creación del concepto moderno definido por Selye.

Entre las múltiples acepciones que se atribuyen al estrés, se encuentra aquella que está en la “transición hacia la enfermedad”, esa dificultad con que nos encontramos con frecuencia y que no es bien aceptada como dolencia por el cuerpo médico. F Lolas se refiere a ella como la “zona gris” entre la normalidad y la enfermedad, cuya característica principal:

“Es la sensación de estar enfermo experimentada como disconfort (fatiga, cambios de humor), resumidos en el uso popular del término estrés” (Christian P., Lolas F, 1985, página 1364).

Para Gergen, la dificultad de entender estas expresiones populares es que son indoctas, coloquiales, que no tienen la categoría científica según los parámetros de la época, con el posible silencio de los clamores de aquellos que lo experimentan (Gergen K., 1996).

Una manera de representar una aproximación visual a la dicotomía descrita sería colocar polos de concepciones médicas y sociales de una dolencia:



Esta figura podría ser útil para describir un fenómeno que podría ubicarse más cerca de un polo que otro o en zonas intermedias. Si trazo esa relación, el estrés estaría localizada cerca o entre los polos malestar y enfermedad.

6.5 Avanzando en la clínica: buscando la mirada del otro en relación

Al avanzar en las reflexiones, la pregunta que me surgió fue:

¿Cómo es que la presencia de enfermedad diagnosticada a través de cuestionarios, no se veía reflejada en las personas hospitalizadas por causas no psiquiátricas?, ni por ende, solicitando ayuda.

Desafortunadamente, no hicimos entrevistas en profundidad para conocer el detalle de las propias perspectivas del paciente frente a este sufrimiento no manifestado en solicitud de ayuda formal. Sin embargo, el tema me interesó y me llevó al estudio de los modelos de atención en salud mental y algunas precisiones conceptuales (Cruz C., 2004).

En las últimas décadas ha habido una notable preocupación por el auge de los trastornos mentales en nuestro medio. Prueba de ello son los estudios nacionales, uno realizado en la comunidad, que ha mostrado tasas de 23,99 % de estos trastornos y otro realizado en población clínica del nivel primario con prevalencias del 53%, cifra que duplica la anterior (Vicente B., 1994; Florenzano R., 1998; Rioseco P., 1994).

Sin embargo, más allá de la detección de los trastornos mentales, se había vuelto apremiante para nosotros la conceptualización y operacionalización del abordaje preventivo y terapéutico.

Desde esta perspectiva nos surgían interrogantes tales como:

¿Son todos los usuarios de un servicio ambulatorio portadores de un trastorno mental?

¿Cuál es el mejor modo de ayudarlos?

¿Cómo conciben ellos su enfermedad o dolencia?

¿Cuál creen ellos que es la solución más aceptable a sus problemas?

Estas inquietudes han intentado ser resueltas por planificadores de salud, quienes han insistido en estudiar las necesidades de salud mental de la población, aceptarlas y intentar resolverlas (Caplan G., 1993). En definitiva, se han propuesto modelos de detección y terapia de los trastornos mentales.

De entre éstos, quizás si el más comprensivo para mí en ese momento era el modelo gravitacional (Cordero M., 1998), el cual considera tanto a los usuarios con problemas menores de adaptación, así como a enfermos mentales graves, que requieren un contacto permanente con servicios psiquiátricos especializados.

De modo que el concepto abarca no sólo a enfermos sino gente que requiere apoyo. Y rescata que:

“Muchos de los problemas de salud mental no requieren de la intervención de un servicio de salud y sin embargo, su impacto sobre la comunidad es de gran importancia social y económica” (Cordero M., 1998, página 16),

Me parecía que este planteamiento, al tiempo que favorece la "desmedicalización" de los trastornos mentales, plantea desafíos en la prevención y detección precoz de ellos. No olvidemos que, asociado el fenómeno de diagnóstico de una enfermedad, su sanción social permite diseñar modos de manejo y control, que entre otras variables encarecen costos, además del estigma individual que significan (Conrad P. y Barker K., 2010).

Debo precisar que este modelo supone idealmente trabajar con una comunidad definida geográficamente. Empero, en nuestras sociedades urbanas y por los sistemas privados de salud esto no siempre es posible, y la comunidad puede ser bien una población vinculada por una experiencia común. (Caplan G., 1993).

En un mundo globalizado, el mercado toma cuenta de ello y establece procedimientos de comunicación, divulgación y eventual venta de productos o medios para el manejo de problemas de salud mental, sean reconocidos oficialmente o en vías de ello, como es el caso del estrés.

Esta comprensión de la salud y enfermedad mental también está conceptualizada en la evaluación diagnóstica multiaxial que utiliza la Asociación Psiquiátrica Americana en su Manual Diagnóstico DSM-IV (APA, 1994).

El eje V considera el desempeño global de la persona, que puede ir desde un funcionamiento superior en un amplio rango de actividades y asintomático, al extremo inferior con un paciente que está en peligro persistente de dañarse o dañar a otros e incapaz de mantener una mínima higiene personal.

Una fortaleza adicional del modelo gravitacional radica en la identificación de 10 niveles de intervención (de menor a mayor complejidad). Esta definición, a mi parecer, nos permitía definir objetivos, acciones y límites de cada nivel y medir la efectividad de éstos.

Para este estudio me interesaba destacar los 5 primeros niveles, que el autor reagrupa en 3: prevención e identificación temprana, intervención menor e intervención moderada (Cordero M., 1998).

La prevención e identificación temprana incluye el desarrollo en las personas de las "habilidades para vivir", que van desde aprender a escuchar y expresar emociones, a la educación específica en salud para saber cómo relajarse, cómo responder en situaciones de crisis o cuándo pedir ayuda.

Esta es un área muy amplia que incluye a personas sanas o transitoriamente alteradas. Acciones destinadas a ellas son la creación de materiales educativos que promuevan su desarrollo.

Yo he trabajado en esta misma línea, intentando preparar a las personas sanas a enfrentar mejor el estrés cotidiano (Cruz C., 1998 y 1999). También abarcábamos la identificación temprana: "aproximarse y reconocer sujetos en riesgo o que empiezan a mostrar una necesidad de apoyo o remotivación" (Cordero M., 1998, página 27).

Este nivel ofrece acceso fácil a personal no especializado que puede dar consejería y ofrecer fuentes de derivación en aquellos casos que lo ameriten.

Las intervenciones menores están destinadas a "aquellos cuya necesidad de apoyo y guía trasciende de una simple conversación encaminada a aconsejar" (Cordero M., 1998, página 27).

Me parece que este nivel está descrito con cierta imprecisión por el autor, porque sitúa en un mismo plano a personas no profesionales y médicos generales, que disponen de herramientas terapéuticas muy dispares.

Creo que este nivel compete a personas, en general profesionales, que pueden dar apoyo más sofisticado que en el nivel previo, como fármacos, apoyo psicológico básico o reposo preventivo.

Al revisar estos conceptos me parece ver el riesgo implícito descrito por Gergen en referencia al discurso del déficit, a clasificar a la persona en un nivel de vulnerabilidad, incluso quedando ésta como un modo de ser persistente, que lo acompañara de por vida (Gergen K., 1996).

La intervención moderada atañe al equipo de especialistas (psiquiatras, psicólogos, enfermeras psiquiátricas) que poseen habilidades más complejas. En este nivel se diagnostican trastornos mentales y conflictos psicológicos que requieren fármacos y/o psicoterapia: "los individuos que requieren intervención moderada se presentan con problemas complicados que caen fuera del rango de conocimientos o experiencia del personal que trabaja con los problemas psicológicos asociados con la vida normal" (Cordero M., 1998, página 27).

6.5.1 El estudio de la calidad del servicio entregado: la perspectiva del paciente/usuario.

Uno de los riesgos de los modelos de atención en salud en general, y mental en particular, es que no cubran adecuadamente las necesidades de salud de las personas a quienes están enfocadas o que tengan implícito estrategias definidas técnicamente, desde un planificador que teoriza sobre el manejo de una enfermedad. Un primer avance en este sentido fue el giro desde la enfermedad mental a la salud mental, que para algunos significa que:

"Esto puede señalar que la provisión de servicios de salud mental contiene prácticas derivadas más allá de los confines del modelo de enfermedad y perspectivas que proceden de fuera de la medicina". (Rogers A., 1997, página 23)

Este interesante estudio del conocimiento de los legos sobre la salud mental, muestra que éstos tienen dificultad para definirla: "por contraste (a lo físico), la auto-reflexión sobre la propia conducta y sobre estados mentales está bastante menos desarrollada", e incluso "para algunos entrevistados, situar la salud mental en el cuerpo es el único punto de referencia para su comprensión" (Rogers A., 1997, página 27). Así también, la salud mental se percibiría sólo por contraste: "pero con la salud mental no te das cuenta de lo que ocurre hasta que es demasiado tarde" (Rogers A., 1997, página 28). De esta manera, para la persona lega la enfermedad mental es su señal de alarma. Estas descripciones nos parecen ahora que, si bien es un esfuerzo loable del investigador para esclarecer patrón de vivencias de dolor psíquico, aplica sus propias creencias como la regla correcta.

Lo que ocurre posteriormente es también un área gris: creemos que las personas tienen su propio patrón para solicitar ayuda, que iría desde intentar resolver el problema por sus propios medios a pedir ayuda a los más cercanos y posteriormente, si éstos han fracasado, recurrir a los servicios de ayuda formal, idea apoyada por Rogers también.

Por otra parte, un estudio nacional comunitario se observó que la población con y sin trastorno mental recurría, casi en la mitad de los casos, a pedir ayuda a un amigo o sacerdote (Vielma M., 1994). El mismo estudio mostró que sólo un tercio de las personas pidió ayuda profesional no especializada o especializada.

En Chile, los servicios de Fonoayuda están aún poco desarrollados, pero podrían pensarse también como una primera línea de ayuda para las personas con problemas emocionales. Programas pilotos como Fonodrogas, a sólo un mes de su implementación recibió un promedio de 100 llamadas diarias y según sus directivos afirman que, por un lado, de los que llaman a mayoría agradece esta alternativa para buscar una salida o informarse mejor y, por otro, que esta experiencia necesita un método de medición que revele en qué porcentaje las sugerencias y consejos de los operadores surten real efecto (El Mercurio, 2000).

Siguiendo la evidencia aportada aquí podría afirmar que esta primera red de apoyo - recién descrita - debiera ser conceptualizada como perteneciendo al primer nivel definido por M. Cordero y, de este modo, enriquecemos su modelo al tiempo que le aportamos vitalidad.

Otra manera de aportar mayor comprensión al proceso de solicitar ayuda la conseguimos al situarnos en la perspectiva del paciente.

Una primera línea, que llamo *específica*, es el "modelo de medicina centrado en el paciente". Aquí se considera que el paciente trae una agenda propia que incluye todas las razones para entrevistarse con un profesional y que conlleva las ideas, preocupaciones y expectativas de él (Barry C., 2000). Este autor rescata el valor de considerar que las personas traen a una consulta las materias de su interés, que deberían ser negociadas en la relación con un profesional de salud.

Recuérdese que en referencia al estudio de abuso infantil realizado en Suecia y que entre las mujeres encuestadas, sólo un 3% se lo había contado a su médico (K. Swahnberg et al., 2004).

Una segunda línea de análisis de estos fenómenos, que llamo *inespecífica*, es aquella que ha sido desarrollada por los administradores de las empresas de servicios y que enfatizan a la persona receptora del servicio. Ellos han elaborado, a partir de continuas conversaciones con sus consumidores, las 10 dimensiones de la calidad en el servicio: la confianza, la responsabilidad, la competencia, el acceso, la cortesía, la comunicación, la credibilidad, la seguridad, el comprender al consumidor y la tangibilidad (Schneider B., 1995).

Estas dimensiones deben ser aplicadas a la percepción que tiene el consumidor (paciente, usuario u otra denominación) de un servicio dado y luego a las expectativas de cómo debería ser éste.

Un análisis más fino en esta área, que se yuxtapone con el enfoque específico, se refiere al estudio de las necesidades de los consumidores, que son inconscientes y más profundas que las expectativas y pueden agruparse en seguridad, estima y justicia:

"Incluimos éstas debido a que muchas empresas de servicios se preocupan directamente de aspectos relacionados con la vida o la muerte y la estabilidad de las personas - aunque sentimos que esto rara vez es reconocido -" (Schneider B., 1995, citado en Cruz C., 2004, página 89).

Reflexionando sobre la elección de este modo de abordaje, me pareció que era una de las maneras "efectivas" de conocer a los pacientes, dado que estas empresas buscan activamente satisfacer deseos, pero también conocer expectativas, área de mi mayor interés. Tenía conciencia de que el riesgo era más crearlas que detectarlas.

6.5.2 Cuando el paciente golpea a nuestra puerta: el antes, el durante y el después.

Cuando las personas presentan problemas emocionales, pareciera que se plantean distintas instancias para enfrentarlos: la primera serían los propios recursos. La segunda es buscar el apoyo de otros significativos, legos en el tema. La tercera etapa correspondería al nivel formal de profesionales. El estudio británico, realizado con entrevistas en el hogar, observó lo mismo (Rogers A., 1997).

Una perspectiva complementaria a la recién mencionada la proporciona un estudio nacional (Jiménez J.P., 1994), que describe la atención psicoterapéutica como un sistema: las entradas estarían constituidas por los sujetos que necesitan psicoterapia, los que efectivamente la utilizan y los proveedores de este servicio.

Los estudios que se aboquen a conocer algo más del primer grupo de sujetos, por ejemplo a través del servicio de ayuda telefónica, que constituiría por así decirlo, la vía directa para acceder a personas que no golpean nuestra puerta.

El segundo grupo, constituido por los que la reciben efectivamente, podría ser estudiado a través de investigaciones en servicios médicos ambulatorios u hospitalizados (Hidalgo C., 1999).

En la perspectiva sistémica - antes mencionada - se consideran los procesos en dos ámbitos: lo macro y lo micro. Los primeros se refieren a las rutas que los pacientes siguen para acceder al sistema y los filtros que existen para ello. Entre éstos se mencionan el reconocimiento de la necesidad de ayuda, el estigma social de los problemas psicológicos, la información disponible sobre la oferta de servicios y su accesibilidad geográfica, horaria y económica.

Creo en la importancia de estos factores y en la necesidad de cuantificar su peso específico con estudios, ya sea cualitativo con la realización de entrevistas focales, o cuantitativos a través de la aplicación de una encuesta a los usuarios de nuestros servicios.

También pienso que los microprocesos, que se refieren a la interacción cliente-terapeuta pueden ser influenciados por las variables específicas. Mencionaba allí que los pacientes traían una agenda personal a la entrevista con el médico general, con diversos ítems a tratar, tales como sus síntomas, su propia teoría diagnóstica, sus temores acerca de la enfermedad y acciones deseadas y no deseadas por parte del profesional que brinda la atención (Barry C., 2000).

Yo postulo que los pacientes que solicitan ayuda psicológica traen una agenda similar, que esperaba explicitar mediante los contactos que establecemos con ellos. Cuando se analiza en mayor detalle los microprocesos debemos distinguir la ayuda proporcionada “a distancia” de la entregada “cara a cara”.

La primera ha sido instaurada con éxito en países desarrollados. En psiquiatría las evaluaciones telefónicas tienen relación con emergencias, tales como ideación suicida o similar. En este tipo de servicios se hace muy recomendable romper el anonimato del paciente, para establecer una red efectiva de apoyo.

Para mí existe un conjunto de datos relevantes a considerar en el análisis de los procesos: éstos se refieren a los diagnósticos o motivos de consulta de los pacientes-usuarios, la estructura del sistema de atención, los tiempos transcurridos entre la aparición de los síntomas y la consulta efectiva, los tratamientos o indicaciones sugeridas, etc.

A continuación describiremos sucintamente los resultados de un estudio previo realizado por mí y un equipo de investigadores, en un centro de atención clínica universitario, así como su relación con otros estudios (Vitriol V., 1994). En él observamos que hubo un claro predominio de consultantes mujeres (66%) y en ambos sexos prácticamente 2/3 tenían entre 15 y 45 años, cifras que se repiten en estudios de nivel primario y secundario (Olivos P., 1996). En cuanto a su estado civil, 2 de cada 3 pacientes eran casados, independientemente del sexo y 1 de cada 4 era soltero.

En la muestra de P. Olivos, el 47.3% de sus pacientes eran casados y los solteros alcanzaban al 41.1%. En lo referente a escolaridad, el 44,1% (n=15) de los hombres no tenía estudios secundarios completos versus un 34,9% (n=23) de las mujeres, pero un tercio de los hombres tenía estudios técnicos o superiores versus un 21,2% (n=14) de las mujeres.

Finalmente, en términos ocupacionales, destaca en el grupo femenino que la mitad de ellas eran dueñas de casa y 2 de cada 10 estudiaba o se desempeñaba profesionalmente. En tanto en el grupo masculino predominaron los empleados, obreros y comerciantes (52,9%), mientras que 3 de cada 10 estudiaba o trabajaba como profesional.

El aporte de datos del paciente tales como su escolaridad y actividad ocupacional, nos parece que ha sido subvalorado en los estudios, y que puede ser de importancia al momento de explicar su adherencia a tratamiento. M. Olfson muestra cómo aquellos pacientes con más de 16 años de educación tienden a perseverar en psicoterapia, independientemente de su estatus ocupacional (Olfson M., 1994 y 1994b),

Todos los pacientes de nuestro estudio acudieron a psiquiatría derivados por Interconsulta de otros servicios médicos, teniendo el 44% de ellos patologías médicas asociadas, frecuencia que aumenta al 50% en un estudio con 1.228 pacientes provenientes de la práctica privada de psiquiatras norteamericanos (Pincus H., 1999).

Los diagnósticos más frecuentes en el eje I del DSM-IV fueron los trastornos del ánimo (28%), trastornos por ansiedad (24%), abuso de sustancias psicoactivas (16%) y trastornos por ajuste o de adaptación (10%).

P. Olivos, por una parte, describe frecuencias algo diferentes: los trastornos por ajuste son los más frecuentes (17.4%), seguido de los trastornos del ánimo (14.3%); los trastornos por ansiedad constituyen sólo el 5.5% de la muestra y el abuso o dependencia de sustancias psicoactivas el 2.7%.

El estudio de H. Pincus, por otra parte, observa que los trastornos del ánimo son muy frecuentes (53.7%), seguidos por los trastornos psicóticos (14.6%), los trastornos de ansiedad (9.3%) y los trastornos de inicio en la niñez (7.7%).

Un hallazgo destacable de nuestro estudio lo constituye la sospecha de un trastorno de personalidad, patología del eje II del DSM-IV, formulada por psiquiatras en el 33% de los casos, cifra superior al estudio de P Olivos (17.7%) y al de H. Pincus (25.5%).

Creo que la discusión de las diferencias encontradas en estos estudios es compleja, no sólo por las distintas metodologías empleadas, sino porque pueden estar reflejando énfasis diagnósticos más que diferencias reales.

En términos de la evolución del cuadro psiquiátrico, nuestro estudio mostró que el 38% de los pacientes tenía antecedentes de enfermedad psiquiátrica y un 30% del total tenía síntomas de más de 1 año de evolución, sugiriendo una consulta tardía para el cuadro actual.

Estudios extranjeros han mostrado cómo la latencia entre la aparición de los síntomas y la consulta efectiva dependería del diagnóstico, siendo el trastorno de pánico el que más urgencia tendría en la solicitud de ayuda, pero con sólo un 65.6% de los casos consultando en el primer año de aparición del cuadro (Olfson M., 1998).

En cuanto a las indicaciones terapéuticas, la más frecuente fue el uso de psicofármacos (72%), ya sea antidepresivos y/o ansiolíticos, solos o en combinación con psicoterapia. Este último recurso se usó de manera única o asociada en el 22% de los casos. H. Pincus menciona el uso de fármacos en el 89.3% de los pacientes y de psicoterapia en el 43.1% de los casos.

Estas cifras también presentan similitud con lo descrito en investigaciones latinoamericanas. Así, J. Véliz en Perú, en un estudio de 2.299 consultas observó que un 68% de los pacientes recibió psicofármacos, en tanto que C. Eizirik en Porto Alegre, Brasil estudió 668 pacientes y a un 50% de ellos se les indicó fármacos (Véliz J., 1986; Eizirik C., 1988).

De nuestros pacientes estudiados, el 48% abandonó su control después de la segunda visita. Tomado globalmente el grupo bajo control, se observó que la respuesta al tratamiento indicado fue buena o muy buena en el 40% de los casos. Otros estudios también confirman que la permanencia en control con profesionales es baja: P. Olivos observó que el 65% de sus pacientes asistió en promedio sólo a 4.3 consultas, cifra ratificada por C. Eizirik. Por otra parte, es llamativo que entre un 30 a 40% de los pacientes consulta sólo una vez (Isehard R. 1991).

En el otro extremo está un grupo de pacientes que demandan atenciones prolongadas: P. Olivos ha mostrado cómo el 5.1% de sus pacientes requirió un promedio de 82 consultas cada uno. M. Olfson observó, al estudiar el uso de la psicoterapia en Estados Unidos, cómo el 15.7% de los usuarios tuvo psicoterapia prolongada, más de 20 sesiones, y dio cuenta del 62,9% de los gastos totales en psicoterapia.

Este grupo mostró una salud discreta o mala evaluada con encuestas de salud auto-aplicadas y, en general, estos pacientes recibieron psicoterapia por especialistas en salud mental por cuadros como depresión, ansiedad y otros. P. Olivos observó también que estos pacientes tienen diagnósticos más graves: trastornos de personalidad, trastorno afectivo bipolar y esquizofrenia.

El área de las salidas o resultados en psicoterapia, es para mí, una zona significativa abierta a estudio: es aquella que daría cuenta de las razones por las cuales un porcentaje significativo de pacientes *no continúa en terapia tal como la concibe el especialista*, sin que ello deba interpretarse como fracaso, especialmente si se considera el alto grado de satisfacción expresado por los usuarios, 72,7% en el estudio de M. Vielma.

Más aún, el tema adquiere complejidad adicional al considerarlo como un servicio que se otorga:

"Los servicios son menos tangibles que los productos; la gran mayoría de la calidad del servicio está en la entrega. El cómo de la entrega del servicio es tan importante como qué es entregado" (Schneider B., 1995, citado en Cruz C., 2004, página 92).

Finalmente, cuando quería acercarme a la perspectiva del usuario, debí detenerme en las necesidades que éste trae al encuentro con nosotros: seguridad, estima y justicia. Brevemente debo enfatizar que éstas son más fáciles de violar que de gratificar.

Esto es importante porque en terapia psicológica hay ocasiones en que los pacientes solicitan algo que no es adecuado para su seguridad física o psicológica, y tenemos que mostrarles que no están en la razón y todavía hacerlos sentir que sus necesidades de seguridad no han sido violadas.

La estima tiene relación con el concepto que la persona tiene de sí mismo y de que es necesario para los demás:

"La profesión médica, incluyendo doctores y hospitales, funcionan en un mundo el cual sólo es comprendido por los que trabajan en él. Necesitan compartir información con los pacientes o los pacientes se sienten como niños en vez de adultos" (Schneider B., 1995, citado en Cruz C., 2004, página 93).

La justicia se relaciona con la percepción que la persona tiene un trato igualitario frente a los demás.

De primera importancia es el hecho que existen contratos psicológicos, o sea un acuerdo implícito entre partes, en relación a lo que cada parte entrega y recibe en una relación, y para comprender las percepciones de los consumidores, las empresas de servicio necesitan evaluar lo que los consumidores creen que han aportado a la empresa (por ejemplo, tiempo, dinero, lealtad) (Schneider B., 1995).

6.6 Un paso más en la clínica: el otro en relación conmigo

Siguiendo esta línea de análisis, derivé en el estudio de cómo perciben un grupo de usuarios el servicio entregado en un Centro médico ambulatorio universitario (Cruz C., 2004. Mundi C., 2004), proceso conocido como *satisfacción usuaria*, considerándolo nosotros como un modo de aproximarse a la vivencia de la persona que sufre y busca ayuda, y que describo a continuación con mayor detalle.

Se utilizó el *Modelo de Jerarquía de Valor* para categorizar las variables resultantes (Ver figura). En breve, es posible decir que este modelo trabaja con los siguientes supuestos:

Modelo de Jerarquía de Valor



Se entiende como *Valor* a la *percepción* del cliente-paciente respecto de lo que desea que le suceda (*consecuencia*) en una *arena de uso o zona de intercambio humano*, para alcanzar un *estado deseado* y por medio de la interacción con *atributos* de un servicio.

Aquí es interesante consignar que la *Percepción* es lo central, es lo que percibe el cliente por sobre la calidad objetiva (Dimensión Técnica Médica), y nos obliga a entender cómo opera la satisfacción de las personas. En el largo plazo, la calidad percibida tenderá a alinearse con la calidad objetiva.

De esta manera se colige que, el *Estado deseado* corresponde a los valores centrales u objetivos de los pacientes. Son las fuentes básicas y fundamentales de la motivación de búsqueda de un servicio.

Para alcanzar este punto final las etapas intermedias serán las *Consecuencias*, que se refieren a los resultados, positivos o negativos, que son experimentados por los clientes en la interacción con un determinado servicio, es decir, con sus atributos.

Los resultados tienden a ser más subjetivos y estables que los atributos y nos permiten entender el rol que éstos tienen para los clientes. La interacción antes mencionada se da en *Situaciones específicas de uso*, en donde los juicios de valor respecto de un servicio dependerán de los requerimientos de estas situaciones, por lo que podemos afirmar que, el valor percibido cambia a lo largo del tiempo y en distintas situaciones de uso, y que también es posible identificar situaciones de uso que desencadenan cambios en los requerimientos de los clientes y, por lo tanto, en sus elementos de juicio.

Finalmente los *Atributos* son el nivel más concreto y se refiere a lo que es el servicio, sus características y sus componentes. Por lo general los clientes los utilizan para describir los productos o servicios, como por ejemplo: accesibilidad, agilidad, amabilidad, duración, etc.

Este tipo de metodología permite delimitar categorías, criterios e impresiones de forma individual y personal, obteniendo de esta forma una impresión y percepción particular de un sujeto, en su experiencia y relación con el tema a tratar (Woodruff R., 1996).

Los objetivos generales de la investigación fueron:

- Reconstruir el proceso de satisfacción de las personas/pacientes que acuden y utilizan el servicio médico, identificando las arenas y atributos creadores de valor en su relación con estos servicios
- Medir y evaluar la experiencia y satisfacción de las personas/pacientes que acuden y utilizan el servicio, como forma de determinar las oportunidades de mejorar y orientar los esfuerzos de la institución
- Conocer las percepciones del paciente en relación a la enfermedad psicológica y las expectativas del tratamiento de ésta

De acuerdo a los objetivos planteados, se realizó en una primera etapa, un estudio de tipo cualitativo-exploratorio a base de la técnica de Entrevistas en Profundidad, para lo cual se entrevistaron a 16 pacientes de ambos sexos, que hubieran sido atendidos en el centro médico en alguna oportunidad y con alguno de los siguientes diagnósticos: trastornos de ansiedad, depresiones mayores, trastorno de pánico, anorexia nerviosa, intentos de suicidio, entre otros.

El objetivo de la investigación en una segunda etapa era determinar las causas de la continuación o no de un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. A partir de este propósito, se buscaba conocer cómo llegaban los pacientes a recibir tratamiento al centro médico, así como también evaluar la atención recibida dentro de dicho establecimiento, por los profesionales del recinto, y los factores secundarios que pudiesen haber influido en la permanencia o abandono de la terapia.

El tipo de investigación que se llevó a cabo fue *descriptivo*, ya que buscaba verificar los hallazgos obtenidos en la etapa exploratoria y medir sus impactos relativos. El instrumento utilizado fue un cuestionario diseñado a partir de la etapa previa. Ver anexo N° 1.

Las percepciones de los pacientes-usuarios, fueron medidas con una escala discreta de categorías, con la que se evaluó la atención que recibieron por parte de los profesionales de Salud Mental, así como del personal administrativo del centro.

El cuestionario se aplicó mediante entrevistas telefónicas a una muestra obtenida en forma estratificada y aleatoria. En aquellos pacientes que no se encontraban, se procedió a reemplazarlo por otro, también escogidos de manera aleatoria. Ver anexo N° 2.

Para la selección de la muestra, se consideró un universo de 189 pacientes ingresados en una base de datos con toda la información demográfica y de la atención brindada. Este total se encontraba distribuido porcentualmente de la siguiente forma: pacientes con sólo recepción 27,5%, con sólo un control 9,0%, con más de una consulta 22,8%, con sesiones y controles 9,0% y pacientes que no se presentan, un 27,5%.

En la reconstrucción del proceso de satisfacción de las personas que acudían a centro médico, la etapa cualitativa permitió detallar las características de las arenas de uso o punto de encuentro paciente-centro y las consecuencias esperadas de la atención recibida, para alcanzar un estado final deseado *“sentirse mejor como persona”*. Se consiguió además, una aproximación inicial a la evaluación de la atención en términos de la satisfacción de los pacientes.

Entre los resultados más importantes de esta primera etapa destacó que el *estado final* deseado descrito por los entrevistados puede resumirse como:

“Quiero sentirme bien, estar mejor”.

En términos de las *consecuencias*, que corresponden a los *resultados* que son experimentados y esperados por las personas en su interacción con el servicio médico, éstos fueron agrupadas bajo los siguientes acápites:

1. Ser escuchada; contar problema; desahogarse; ser tranquilizado; disminuir el nivel de angustia: *“...yo estaba súper angustiada y me gustó el doctor, las cosas que me dijo me tranquilizaron”*
2. Lograr resolver su problema: *“Me ha cambiado mucho la vida y ahora me vienen muy pocas crisis y las manejo bien”*
3. Encontrar a alguien capaz de ponerse en su lugar: *“Encontré lo que andaba buscando, alguien que supiera escuchar y preguntar”*
4. Visualizar la situación problemática desde otro punto de vista: *“me di cuenta de cosas que ni imaginaba...”*
5. Existencia de compromiso con el problema propio
6. Encontrar aceptación incondicional: sin criticar ni juzgar: *“yo a ella le cuento mis cosas, y me ayuda, no me critica”*
7. Encontrar un contexto que me dé seguridad: *“había otras personas con el Dr. Y yo parecía ratoncito de laboratorio, fue incómodo”*
8. Validar tratamientos anteriores: *“El doctor me dijo que estaban bien los medicamentos que estaba tomando...”*

9. Logra ser atendida cuando se necesita y de acuerdo a las propias posibilidades.

Por lo visto, parecía existir una directa relación entre los *estados deseados* (quiero sentirme, estar mejor) y las *consecuencias obtenidas*.

Desde el punto de vista de las *arenas de uso*, pudieron identificarse las siguientes:

a) en la arena de Secretaría, destacaron cinco, a saber, la actitud de atención, la petición de información, la solicitud de horas, la recepción de bonos y el pago de consultas.

b) en la arena de *Infraestructura*, se precisó que la accesibilidad, la privacidad en la atención y un entorno agradable eran elementos importantes para el cliente.

c) en la arena *Consulta del psiquiatra y del psicólogo/a*, surgieron como relevantes el trato personal, el modo de abordaje de los temas, la experticia y profesionalismo, la legitimidad otorgada a los problemas del paciente y las condiciones de tratamiento.

Vemos que la arena Secretaria, tiene una directa relación con la Arena Consulta Psiquiatra- Psicólogo. A su vez, la Infraestructura influye directamente en las dos arenas anteriormente nombradas.

En cuanto a los *Atributos creadores de valor* para cada arena identificada, entendemos que éstos corresponden a *lo que se espera que suceda* en los momentos y situaciones identificadas por las personas en su interacción con el centro de atención.

De esta manera, los Atributos que los pacientes mencionaron en el Área de Secretaria fueron:

1. Actitud de atención:

- Buen trato: *“el trato era como en todos los lugares públicos, no muy bueno...si saludas no te contestan...”*
- Educada, Amable/Atenta: *“las secretarias son súper poco atentas, te reciben los papeles con caras largas”*
- Preocupación por resolver problemas (papeleos/bonos).

2. Petición de información:

- ♦ Experiencia y conocimiento respecto a programas médicos: *“la secre no tenía idea no sabía cómo hacer un plan médico para mi tratamiento”*
- ♦ Manejo de información acerca de convenios con ISAPRES
- ♦ Manejo de información respecto a nombres de profesionales y horarios
- ♦ Disposición a explicar mecánica de funcionamiento del centro: presencia de espejo / practicantes

3. Petición de horas:

- Trato amable
- Líneas no atochadas, con acceso directo (sin mediación de grabaciones o anexos) y con atención inmediata (no esperar al teléfono).
- Disponibilidad de horas (médico no copado) y la rapidez para conseguirla (hora dentro de la misma semana): *“Cuando pedí la segunda hora me la dieron como para un mes más”*

4. Recepción de bonos y pago de consultas.

- Atención rápida y expedita en mesón: *“me atendieron rápido, no como en otras partes que te ponen peros, me vieron en el PC y listo”*
- Poca gente en sala de espera: *“había harta gente y se demoraron un poco en atenderme”*
- Venta de bono en el mismo lugar y a un precio económico.

En cuanto a los Atributos de la infraestructura destacaron:

1. Accesibilidad:

Se valoró el que fuera cercano al domicilio y con buena locomoción

2. Privacidad:

Destacó el que la atención de Salud Mental se hiciera en un lugar diferente al centro médico general y que la consulta fuera implementada para generar clima de confianza y privacidad: ausencia de espejo unidireccional.

3. Entorno Agradable:

Dado por la comodidad, la limpieza y una bonita decoración.

En relación a los *Atributos de las Consultas de Psiquiatra y Psicólogo*.

1. Trato Personal:

En la *entrega* se valoraron características tales como ser acogedor, cercano, cálido, comprensivo, empático, así como la cordialidad y la gentileza.

Dentro de este parámetro se consideró la disposición a escuchar y entender, y a responder consultas: *“Yo lo encontré súper acogedor, escucha súper bien y no es tan frío como otros doctores...”*

Bajo el atributo de *confiabilidad* se incluyó la capacidad de inspirar confianza/seguridad y la tranquilidad ofrecida: *“la primera vez que fui iba con mucho miedo porque no sabía cómo era y el Doctor fue muy cordial, muy profesional y me hizo hablar por primera vez de mis problemas”*

En el atributo *intimidad* (clima de acogida) se consideró la disposición a explicar la enfermedad, la capacidad de crear espacios de intimidad, la discreción / privacidad generada y la confianza en el paciente: *“lo que me incomodó es que había gente al otro lado, había un espejo y eso hizo que me tuviera que guardar cosas”*

El atributo *aceptación incondicional* también fue extraído de las encuestas: *“Te hacen sentir en confianza, puedes decir lo que sientes, no te critican”*.

Finalmente, el atributo *respeto* también surgió a partir de las apreciaciones de la puntualidad en el horario de atención, de no cambiar las horas o no interrumpir la sesión, ya sea porque suena el teléfono o porque golpean la puerta:

“lo malo que tienen los médicos es que suena el teléfono y ya...eso te corta el hilo, yo estaba con toda la pena y esas cosas uno quiere que la escuchen...no fui más.

2. Abordaje del problema:

Este se vio reflejado en los Atributos de:

Mostrar interés y preocupación por el paciente y su problema: *“...igual fue súper acogedor, se mostraba preocupado por mí y le interesaba lo que le estaba contando”,*

Así como en la capacidad de involucrarse en la solución del problema: *“hacerse parte de él”*

“...el médico al final me mandó a otro lugar, dijo que él no podía ayudarme...yo esperaba que hiciera algo y fue una desilusión para mí”.

“no te miran como paciente, sino que se involucran contigo”.

3. Experticia y profesionalismo.

Aquí se incluyeron aspectos tales como la capacidad para entender las necesidades del paciente y para escuchar y entender el problema de él, pero además la capacidad para “sacar la información del paciente”, el saber hacer las preguntas: *“Me sacaba las cosas que tenía guardadas hasta contarle todo lo que me estaba pasando...”*.

Bajo esta categoría se consideró asimismo la capacidad para solucionar el problema, es decir, el uso de herramientas adecuadas para la solución de éste (medicamentos adecuados, derivación a especialistas de apoyo).

Los pacientes también valoraron la claridad en la información entregada y en la forma de explicar la enfermedad o situación problema.

Aquí el interactuar en forma activa con el paciente, en el sentido de realizar intervenciones, dar pautas de manejo, o incluso conversar, aconsejar, fue apreciado por los pacientes: *“Yo fui antes a otros doctores y eran fríos, preguntaban y nada más, éste me hacía preguntas y me conversaba”.*

El involucrar al paciente en su tratamiento: *“que dé tareas para la casa”*, fue bien visto por los usuarios, así como la responsabilidad en la entrega de resultados: *“Fui como cuatro veces a la psicóloga, me hizo unas pruebas y me dijo que me iba a tener el resultado cuando fuera y fui y no los tenía”*.

Finalmente, se consideró relevante el sentido analítico del profesional, o sea la capacidad de analizar y mostrar distintas formas de resolver el problema.

4 Legitimidad:

Los pacientes consideraron que el hecho que fueran personas jóvenes los que los atendían, los hacía ser mejores profesionales, por su cercanía y actualización técnica.

5. Condiciones de tratamiento

Dentro de esta área se agruparon los atributos de *tiempo y dinero*. En el primero se consignó el grado de planificación de la terapia, el que se conociera la duración de ésta y que fuera un tiempo prudente. También se apreció el trabajo en conjunto psiquiatra/psicóloga.

Bajo el atributo dinero, se valoró lo accesible de la terapia en estos términos, lo adecuado del precio por sesión y, globalmente la claridad respecto a los compromisos económicos involucrados en el tratamiento.

De esta manera al hacer la evaluación general, el centro médico era percibido como un centro de atención en salud con profesionales de salud mental, así como de otras especialidades médicas.

Quizás por esta razón, la mayoría de las personas entrevistadas no visualizaban una Unidad de Salud Mental claramente diferenciada dentro del centro, tendiendo a hacer una evaluación general de todas las especialidades ofrecidas por éste.

Esta apreciación del servicio es positiva, destacándose principalmente el trato acogedor y las habilidades y confiabilidad de los profesionales que atienden.

Por otra parte, se aprecia como un centro médico privado y, por lo tanto, pagado, diferenciándose de esta manera de hospitales y consultorios. También en este sentido, las personas perciben como caro el acceso a la atención y al hablar de tratamientos en Salud Mental, la gente tiene claridad respecto a que éste puede ser de larga duración (varias sesiones).

En la evaluación específica destacaron:

Fortalezas:

Médicos son muy profesionales (psiquiatra/psicóloga): las personas perciben a los especialistas con altas capacidades y herramientas para manejar y ayudar al paciente con su problema, lo cual genera un clima de confianza y seguridad en el cual el paciente siente que es posible llegar a una solución o mejoría: *“las otras veces que fui al psiquiatra me dieron muchos remedios y no pasó nada ahora no hay tantos remedios y hay harta evolución”*.

Capacidad de entrega: la mayoría de los entrevistados sienten que los profesionales, además de hacer su trabajo de atender, lo hacen con amabilidad, son acogedores y comprometidos en la búsqueda de una solución e involucrados con el dolor o la pena del paciente, de tal forma que éstos sienten que son tratados como personas más que pacientes: *“los médicos se preocupan de uno, son como más personales en su trato”*.

Profesionales son jóvenes: se evalúa con una connotación bastante positiva, ya que se considera que están más actualizados y más cercanos en su trato al paciente: *“Son doctores jóvenes, con conocimientos más nuevos...como que son más modernos y lo entienden mejor a uno”*.
“Te dan más confianza porque están más actualizados con las necesidades de tratamiento”.

Puntualidad en atención: las personas consideran que son rápidamente atendidas por el doctor, lo cual es sentido como respeto hacia ellas y su tiempo; así también lo sienten respecto a que nunca se les cambie la hora.

Tiempo de atención adecuado: se valora que la duración de la sesión sea de 45 minutos, y se compara con otros centros o profesionales del área que dedican menos tiempo en la atención.

Rapidez en la obtención de horas: las personas se sienten muy gratificadas al conseguir hora con prontitud, especialmente la primera vez que se llama, momento en el cual las personas necesitan con urgencia o apuro la atención en Salud Mental: *“la primera vez que llamé me la dieron súper rápido...fue dentro de la misma semana”*.

Buena infraestructura: es considerada “bonita”, acogedora y con buenos accesos (fácil locomoción, fácil de llegar): *“el lugar me pareció bien bonito, limpio y agradable”*.

Debilidades:

Mala atención en recepción: destaca como uno de los aspectos más mal evaluados, expresándose en:

Secretarias mal educadas o descorteses: *“no te contestan, no te saludan y te dejan esperando en el mesón”*.

Poca disposición a atender y solucionar los problemas, especialmente considerando el perfil de personas que llegan al centro *“Les falta ser amorosas, nosotros somos pacientes y estamos muy susceptibles a cualquier cosa”*.

No manejan información respecto a programas médicos y convenios con ISAPRES.

Atención lenta: la atención no es expedita y hay exceso de trámite, *“te tramitan”*
 Mucha gente en sala de espera.

Dificultad en acceso a horas: esto se percibe especialmente en personas que necesitan hora para sus controles (segundo, tercero y más) y se encuentran con atochamiento de la línea telefónica o bien con las horas copadas del especialista.

Falta de privacidad: percibida en situaciones del contexto terapéutico, tales como la presencia de otros doctores o “practicantes” y la presencia del espejo. Esto, junto a la falta de información respecto a este modo de funcionamiento, generó en algunas personas un sentimiento de incomodidad y “exposición” que no les dejó la posibilidad de sentirse libres en la consulta.

Falta de compromiso con el caso: en un par de casos se destacó en forma muy negativa la actitud del profesional frente al paciente y respecto al problema, sintiendo que el especialista no había indicado medicamentos y éstos eran necesarios, o había contestado el teléfono interrumpiendo la sesión, o bien había derivado al paciente a un profesional fuera del centro: *“El doctor no estaba pendiente de lo que le estaba conversando, yo tengo antecedentes de otras depresiones, intentos de suicidio y no me derivó a ninguna parte”*.

Acceso es caro: las personas perciben “caro” el costo de los bonos o los pagos en forma particular, especialmente cuando se compara éste costo al costo asociado a atenderse en un centro convenido con la ISAPRE.

Expectativas:

- Atención rápida: se espera que el acceso a las horas de control sea más rápido, tanto en lo que es el llamado, como en la obtención de una hora en un plazo de no más de 2 semanas.
- Amabilidad en el trato: se espera que desde la recepción “hacia arriba” el trato sea educado, amable, acogedor y cordial, considerando el perfil de las personas que se acercan a este lugar.
- Manejo de la información respecto a la mecánica de funcionamiento del centro (privacidad): se desea estar enterado de antemano de la presencia de otros profesionales en la sesión y del espejo, para que el paciente evalúe si está o no de acuerdo con esta forma de atención. Este es un punto importante, considerando que las personas que asisten al centro y pagan por esta atención, esperan una atención equivalente a la de cualquier otro centro de salud.
- Estar informado acerca de los tipos de profesionales que atienden: algunas personas no sabían la existencia de psicólogos en el centro y esperaban que los hubiese para ser atendidos por ellos.
- Bonos más baratos: costos iguales o menores a los centros de ISAPRES.

Este conjunto de implicancias se vio ratificado al analizar los resultados de la aplicación vía telefónica de la encuesta diseñada después de la etapa cualitativa y que nos permitió apreciar que la varianza se explicaba, en buena medida, por los sistemas de apoyo a la atención y por las características empáticas y técnicas de ésta.

Coeficientes de correlación, agrupados según los tres factores propuestos por el Análisis factorial y sus correspondientes denominaciones para cada uno

	1 SISTEMA DE APOYO	2 AYUDA EMPÁTICA	3 RELACIÓN OPERATIVA
Consecuencia 17 Atención oportuna	0.853		
Arena 19 Global infraestructura	0.737		
Arena 20 Comodidad salas	0.849		
Arena 22 Global secretaría	0.946		
Arena 23 Facilidad comunicación telefónica	0.836		
Arena 24 Rapidez obtención horas	0.830		
Arena 25 Disponibilidad de horas	0.665		
Arena 27 Disposición secretarias	0.935		
Arena 28 Capacidad secretarias	0.925		
Valor 10 Sentirse mejor como persona		0.884	
Consecuencia 11 Sentirse escuchado		0.825	
Consecuencia 12 Ponerse en mi lugar		0.760	
Consecuencia 13 Ver problema otro punto de vista		0.747	
Consecuencia 14 Seguridad y confianza		0.637	
Consecuencia 15 Compromiso con mi problema		0.764	
Consecuencia 18 Resolver mi problema		0.839	
Arena psiquiatra 31 Involucrar solución problema		0.753	
Arena psiquiatra 29 Evaluación global			0.851
Arena psiquiatra 30 Explicar la enfermedad			0.882
Arena psiquiatra 32 Mostrar problema y solución			0.626
Arena psiquiatra 33 Información costos tratamientos			0.878
Arena psiquiatra 34 Desarrollar tratamiento adecuado			0.773

Los métodos cualitativos tienen la ventaja de aportar una riqueza de información en términos de la expresión de las percepciones y creencias de los pacientes en relación a su concepción de enfermedad y el modo de enfrentarla, así como a las expectativas de cambio o mejoría que nosotros no conocíamos ni esperábamos.

Por lo tanto, el incorporar este tipo de investigaciones en la práctica diaria podría permitir a los pacientes tener una mayor participación y también más retroalimentación acerca de la terapia, para hacer de este modo las intervenciones clínicas más efectivas y aumentar la satisfacción (Woodruff R., 1996).

Una primera conclusión tentativa fue la confirmación que la alta satisfacción expresada por los pacientes, no tiene necesariamente asociada una conducta de continuar en terapia. Así, alrededor de la mitad de los pacientes interrumpió el tratamiento farmacológico o lo continuó por cuenta propia.

Es posible especular que, alcanzado el estado deseado, pierde sentido la permanencia en terapia. La literatura nacional e internacional apoya estos hallazgos (Vielma M., 1994; Olfson M., 1994b).

Desde otra perspectiva, pareciera ser que este estado final el paciente percibió que lo alcanzaba gracias, por una parte, al compromiso de los profesionales con su problema y, por otra, a una percepción de haber adquirido un mejor manejo de sus propias dificultades.

A su vez, estas consecuencias intermedias antes mencionadas se lograron, según el paciente, por dos vías complementarias: por las características físico-administrativas del lugar, como la privacidad de las consultas y el valor adecuado de los bonos, y por la vía empático-técnica de los profesionales, al observarlos como involucrados activamente en la solución de sus problemas y ofreciendo terapias de duración razonable, a los ojos del paciente.

La literatura apoyaría los hallazgos del estudio (Hubble M., 2000), en consideración a la relación terapéutica, que los clientes quieren y aprecian recibir múltiples perspectivas de su situación de parte de los terapeutas y clínicos implicados; también valoran que se los escuche cuidadosamente y que se exprese interés por su condición, quieren ser más activos en los procesos psicoterapéuticos.

Debemos tener presente que cuando los terapeutas y clientes concuerdan en las tareas y metas de terapia, éstos expresan mayores niveles de satisfacción en el proceso (Beutler L., 1990).

Me parece que pocos estudios cualitativos han atendido a los factores extra terapéuticos y a las condiciones que contribuyen a los resultados del tratamiento psicológico. En los próximos años el volumen de la investigación cualitativa aumentará, al igual que su relevancia para el trabajo clínico.

Al reflexionar sobre nuestra investigación me sorprendió que lo que deseaban los pacientes en último término era "sentirse mejor como personas" y que ello incluyera en buena medida un trato adecuado, afectuoso.

Al retomar la posición de Maturana, me encuentro que hasta aquí he estado de acuerdo con él, en que los organismos vivos complejos como nosotros están en el medio, incluido otras personas y frente a las perturbaciones que sufren por parte de éste, lo que buscan es el "acoplamiento estructural", que hemos considerado equivalente a la adaptación (Maturana H., 1973).

Empero, también decía que el salto que ejecuta de este punto a establecer el amor y la solidaridad como modo de conseguir este acoplamiento no tiene asidero firme en su fenomenología biológica.

Su discípulo en tanto, Francisco Varela evoluciona con el concepto de afecto, haciendo un gran valor de él, sin considerar a priori los destacados por Maturana. Para Varela “el afecto o emoción es el verdadero fundamento de lo que hacemos cada día mientras nos adaptamos (coping en inglés) a él” (Rudrauf D., 2003, página 59).

Para él la emoción tiene un sustrato profundo corporal, al ser encarnado, y es lo que está previo al conocer del self, ayuda a constituirlo.

Varela distingue una escala de tres afectos: primero, la emoción o “el darse cuenta de un giro tonal que es constitutivo al vivir presente” (para él los organismos vivos y el hombre en especial, viven en este giro permanente que es el que participaría en la generación de la conciencia); segundo, el afecto, “una tendencia o disposición apropiada para un tiempo mayor (horas o días), una secuencia coherente de acciones encarnadas”; tercero, ánimo (o mood en inglés), “la escala de descripción narrativa de larga duración (muchos días o semanas)” (Rudrauf D., 2003, página 59).

Del mismo modo, al proponer que el organismo es una combinación de elementos mutuamente determinantes, se hace inseparable del medio, incluyendo nuestra mente y ésta se haya corporeizada, no sólo ubicada en el cerebro.

Si uno los postulados anteriores a la teoría del apego, basada fundamentalmente en los escritos de Bowlby, puedo afirmar que el ser humano requiere, al igual que otros primates superiores, del cuidado de los adultos y de un proceso de socialización que lo capacite para desenvolverse en la vida adulta.

Este proceso considera el contacto físico y emocional como esencial para generar lo que se ha dado en llamar la seguridad afectiva: el niño recibe cuidado y afecto de otro adulto, generalmente alguno de sus padres, que atiende a las necesidades físicas y emocionales del niño, de modo tal, que éste siente la suficiente seguridad y bienestar para incursionar y explorar el medio circundante, que es a su vez una manera de llegar a ser humano y mantener un acoplamiento estructural con éste, para nosotros, adaptarse (Oates J., 2007).

Siguiendo esta línea de pensamiento, acepto que la respuesta del estrés, es una entre varias posibles para adaptarse, pero cuya característica distintiva es la llamada *heterostasis* o *sobrecarga* que obliga al hombre a responder de manera más intensa. Es por tanto una respuesta dentro de un repertorio que desarrolla el organismo.

En el mismo tenor, puedo colegir que un trauma (teniendo cautela al definirlo por qué es también un fenómeno social su creación), en la infancia, en especial si es de los padres sobre el niño, tendrá un efecto deletéreo sobre el desarrollo emocional, la maduración afectiva y la socialización propiamente tal.

No obstante, debo ser cauto en esta línea argumentativa. Primero, G. Berríos, ha buscado en la historia de las emociones y ha precisado que éstas se han transformado desde las primeras pasiones concebidas por los griegos (para los occidentales):

“Esta metamorfosis vio la conversión de una estructura semántica (pasión) en una noción abstracta secularizada (emoción) cuya esencia consistía en no mucho más que un estímulo específico, una respuesta estereotipada, un mecanismo neurobiológico putativa y una concomitancia subjetiva” (Berríos G., 2011, página 251).

Segundo, otros autores han destacado que las investigaciones actuales en interacción social son precarias, en el sentido de no capturar lo característico de ella, que es la que se da en la vida del día a día, de allí la necesidad de paradigmas más comprensivos, tal como lo ha dicho Morín. (Przyrembel M., 2012; Morin E., 2010).

Para mí este punto crítico continuaría resonando en mis investigaciones y es así como, en los años siguientes, continué en la línea de investigación de los modelos de salud mental, enfocándome en instrumentos y sistemas de información clínica.

De allí surgió el estudio colaborativo con un equipo internacional que usaba instrumentos de recolección de datos a partir del equipo terapéutico, ya fuera en pacientes psiquiátricos hospitalizados o ambulatorios.

En este período me inquietaba conocer las diferencias que existían entre los trabajos clínicos con poblaciones seleccionadas y el estudio del quehacer terapéutico diario, que escapaba a la estricta metodología científica.

Desde este punto de vista, el sistema mencionado entregaba información relevante de la atención del día a día. Por otra parte, al recolectar la información noté que existían diferencias entre las percepciones de los pacientes de su propia situación y los equipos profesionales que los atendían.

De allí que publiqué estos hallazgos: El instrumento internacional de Evaluación de pacientes-versión para salud mental (Inter- RAI Mental Health (MH), buscaba hacer una evaluación integral del tratamiento entregado al paciente, tomando la visión del clínico y reportes de distintas fuentes de información (Hirdes J.P., 2001 y 2002). El estudio comparó el Inter RAI-MH con el OQ 45.2, instrumento de auto aplicación validado y utilizado en Chile en diversas investigaciones, para medir los efectos del tratamiento en el paciente.

La muestra, seleccionada por conveniencia, fue de 23 pacientes del Hospital Diurno y 22 de Hospitalización de corta estadía del Servicio de Psiquiatría del Hospital del Salvador de Santiago de Chile, a los que se les aplicaron ambos instrumentos a su ingreso al Servicio. Los resultados señalan que 29 ítems en ambos instrumentos apuntan a variables similares, según juicio de expertos. De estos 29, solo 8 tienen una asociación estadísticamente significativa.

Esta asociación se da sólo en los ítems del OQ 45.2 que evalúan síntomas depresivos y ansiosos. No se observamos una asociación entre Inter-RAI y los ítems del OQ 45.2 que miden el rol social o las relaciones interpersonales (Lara C., 2008).

Se hace importante para mí tener una evaluación externa a la del paciente, quién, por su propia patología, puede minimizar áreas disfuncionales de sí mismo. De allí que sean necesarios futuros estudios con una muestra mayor y otro instrumento de comparación para evaluar la significancia de las asociaciones encontradas (Cruz C., 2006a y 2006b).

De destacar aquí es que, bajo este nuevo prisma que desarrollo en esta tesis, podría considerarse que el paciente como lego no puede dar nombre a lo que vivencia (o no conoce la etiqueta que le hemos impuesto), o que la perspectiva del “yo” se distancia de la mirada de “él” como acercamiento objetivo (Przyrembel M., 2012; Marková J., 2009).

Concluía ahora, después de revisar los hallazgos bajo nuevas perspectivas que, la visión y la expectativa del paciente, me resultó un fenómeno desconcertante al estar en la posición de “el”, del profesional de salud.

Los pacientes deseaban ante todo un bienestar emocional, aun a pesar de su problema, etiquetado por nosotros como enfermedad. Al mismo tiempo, me permitía tener una respuesta aproximada a la deserción de la terapia, sea ésta farmacológica o psicoterapéutica, pues la persona decidía que hacer según sus motivaciones.

Finalmente, esto me acercaba aun más a conseguir una apreciación de lo que las personas podían considerar como estrés, su vivencia y perspectivas. Y eso me guió en las siguientes investigaciones.

Reitero que en los hombres, el afecto juega un rol central en su desarrollo y que las figuras significativas de la vida del infante imprimen un sello en este sentido, que sería un factor protector para las amenazas de la vida (o en su defecto, facilitador de trastornos).

Durante la vida adulta los cercanos y amigos proporcionan o refuerzan esta ligazón que permite un mejor acoplamiento estructural, y es posible que también sea éste el motivo de búsqueda de la ayuda médica. Creo que esta postura tiene un respaldo ya detallado, siendo más modesta que la de H. Maturana (1973).

Siguiendo esta línea de propuesta, me parece que Duch ha sintetizado bien estos conceptos. Desde su posición define que el acogimiento y el reconocimiento del ser humano lo torna tal. Por ello define el proceso humanizador como el desarrollo de “la estructura de acogida” que implican la posibilidad de dominación de la contingencia (Duch L., 2002).

Este concepto, polivalente, se engarza muy bien con lo descrito por Bartra, pues para Duch estas estructuras son las que permiten la integración de la persona en el cuerpo social, al facilitar la construcción simbólico-social de la realidad y el “empalabramiento” o adquisición del lenguaje para reconocer e identificar el mundo, al tiempo que adquiere la habilidad para constituirse como centro de relaciones significativas. Este concepto pues resume buena parte de lo que he detallado, condensando las ideas propuestas.

6.7 Regresando a las personas: estudio poblacional del estrés

De este modo, durante esos años me dediqué a conocer el nivel de estrés de distintas poblaciones y usando diferentes instrumentos, pero también amplíe la mirada sobre la perspectiva de la persona que sufre y cómo resuelve sus conflictos o “crisis”, e incluso enfermedades.

Basado en las investigaciones en curso en distintos lugares y en la teorización ya descrita, me interesaba ver las distintas variables que influían en la génesis del estrés. Sabía que había estresores de distinta magnitud y variedad, pero había aprendido que las personas tenían formas particulares de vivirlos.

De acuerdo a Cohen, el estrés depende del *grado en que un individuo valoriza un evento potencialmente estresante*. Esto quiere decir que el estrés es una experiencia subjetiva que está determinada fundamentalmente por la interpretación que hacemos de las situaciones de la vida diaria y de nuestra evaluación de los recursos con que contamos para enfrentarlas (Cohen S., 1983).

Por ello, para catalogar un evento estresante se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. La situación se aprecia como amenazante o demandante, y
2. Los recursos disponibles son escasos para poder tolerar la situación.

Si se revisa estas ideas, ellas son una versión moderna de lo propuesto por Lazarus, pero me interesaba el instrumento que proponían, que se basaba en la apreciación individual, apenas mediada por un observador.

En el primero de los estudios intentamos conocer la frecuencia del estrés en estudiantes del área de la salud (Medicina, Enfermería, Psicología y Odontología), comparando subgrupos de acuerdo a género, carrera y años de Universidad, buscando determinar si existía una asociación entre el nivel de estrés y la presencia de enfermedad infecciosa, un indicador clínico de alteración en la inmunidad (Marty C., 2005).

Encontramos como hallazgos destacables que un 36,3% de los estudiantes referían cierto nivel de estrés, siendo mayor en mujeres ($p < 0.05$). Los estudiantes de la carrera de Medicina fueron los que presentaban los mayores niveles de estrés y entre ellos, los alumnos de primer año ($p < 0.01$). Se encontró una relación positiva entre el nivel de estrés y la presencia de enfermedad infecciosa ($p < 0.01$).

Otros autores habían podido determinar las variaciones de la inmunidad con medidas de laboratorio en estudiantes de medicina, lo que reforzaba nuestra hipótesis (Gloger S., 1997).

El estudio permitió conocer el nivel de estrés que presentaban los estudiantes, dejando abierta la línea de investigación acerca de los posibles orígenes de las demandas que se les piden a los alumnos universitarios y sus consecuencias, sugiriendo la necesidad de prevenir o controlar éstas. También es posible preguntarse si el nivel de estrés está dado por el tipo de personas involucradas o exigencias que sobrepasan sus capacidades, ambas interrogantes sujetas a revisión en la actual tesis.

En mis posteriores investigaciones, me interesó no sólo conocer, sino aplicar y validar instrumentos para la medición del estrés y que resultaran útiles para comparaciones internacionales.

Por ello, usamos la escala propuesta y desarrollada por Cohen y colaboradores de Percepción Global del Estrés (EPGE en español) en pacientes internados: Sabíamos que la relación entre estrés y hospitalización es compleja. Nuestro objetivo principal fue aplicar escalas para medir percepción de estrés en una población de este tipo (Cruz C. 2003).

Participaron 190 pacientes de 5 centros hospitalarios. Se contrastaron los puntajes obtenidos en las escalas de manera dicotomizada usando las siguientes categorías: quirúrgico/no quirúrgico; masculino/femenino; menor de 40 años/mayor igual de 40 años; pareja/solo; isapre/no isapre (corresponde al seguro de salud privado vs estatal respectivamente); con o sin antecedentes mórbidos; < de 14 días/≥ de 14 días de hospitalización.

En la escala EPGE, se obtuvieron resultados significativos con respecto a población americana normativa (20,5 ±5,5 v/s 13,1) ($p<0,05$), no así con población chilena de referencia.

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en pacientes no quirúrgicos v/s quirúrgicos (19,7±5,7 v/s 21,4±5,5) ($p<0,05$) y < de 14 días/≥ de 14 días de hospitalización (22±5,4 v/s 19,4±5,07) ($p<0,05$).

Concluimos entonces que la escala EPGE sería sensible a medir percepción de estrés en el paciente hospitalizado, cuando esta condición se prolonga, no en su inicio, así como si es sometido a una cirugía o no, hecho ya verificado en otros estudios, pues la cirugía en sí es un procedimiento que somete a un inmenso estrés al organismo (Cruz C., 2007).

Por ello, realizamos la adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés (EPGE) de Cohen y colaboradores, a una población chilena de adultos mayores de 21 años de escasos recursos, que estudiaban carreras técnicas en una comuna de la ciudad de Santiago.

Se realizó con este propósito, una traducción-re traducción (reversión) de la escala en inglés, para adaptarla al Español/chileno, la que fue analizada por un grupo de Jueces expertos. Ya algunos autores habían trabajado con esta escala en español, pero que no resultaba del todo utilizable por nosotros (González M., 2007).

La EPGE fue aplicada a muestra total de 117 alumnos y el instrumento fue validado a través de criterio concurrente, para lo cual se utilizó el Inventario de Ansiedad de Estado-Rasgo de Spielberger, adaptado previamente a nuestro país (Spielberger C. D., 1985).

Se obtuvo un coeficiente de correlación entre el puntaje EPGE y Ansiedad Estado-Rasgo de 0,459. Los resultados indicaron que había presencia de estrés en un nivel medio y ansiedad media (rasgo y estado). No se observaron diferencias significativas en torno a las relaciones de estrés y ansiedad respecto a sexo, edad, carrera y nivel de trimestre (Tapia D., 2007).

En la siguiente etapa, me interesó saber qué variables podían explicar el nivel de estrés y su manejo, considerando la propia perspectiva, pero también otros factores no individuales.

Con el propósito de conocer el nivel de estrés de la población chilena adulta, aplicamos la escala EPGE y, además, a objeto de evaluar los recursos con los que cuenta una persona para enfrentar el estrés, otros instrumentos, que se describen a continuación.

El estudio incluyó 803 personas entre 17 y 87 años ($\bar{X} = 40.94$, $s = 15.74$) de ambos sexos, residentes en distintas ciudades del país y representantes de todos los grupos socioeconómicos.

El período de recolección de datos abarcó los meses de diciembre de 2007 hasta abril de 2008. Las encuestas se aplicaron directamente, a través de entrevistas presenciales en el hogar con selección aleatoria trietápica. Se ponderó por variables poblacionales de grupo socioeconómico, nivel educacional, actividad actual y estado civil.

La encuesta completa constaba de seis secciones:

- 1) percepción de felicidad,
- 2) escala de estrés percibido (EPGE),
- 3) identificación y evaluación de acontecimientos vitales potencialmente estresantes,
- 4) escala de satisfacción vital,
- 5) creencias y comportamientos asociados al estrés,
- 6) conducta saludable y presencia/ausencia de dolencias o problemas de salud.

La aplicación de la encuesta se realizó siguiendo el mismo orden de las secciones aquí presentadas.

Las preguntas sociodemográficas se realizaron de manera parcializada al inicio y al final de la encuesta. Se hará una breve descripción de algunas de estas secciones y de las escalas utilizadas, con énfasis en la caracterización de la medición del estrés.

Percepción de felicidad

En la primera sección se evaluó la percepción de felicidad, a través de las siguientes preguntas:

1. Pensando en el último mes, ¿qué tan feliz se siente? (1=nada feliz, 5=muy feliz)
2. En general, se considera una persona...(1=nada feliz, 7=muy feliz)
3. Comparado con la mayoría de las personas iguales a usted, se considera una persona...(1=menos feliz, 7=más feliz)

Se observaron correlaciones significativas entre las tres preguntas ($p < .01$), que fluctuaron entre $r = .55$ y $r = .72$. Además, se observó una alta confiabilidad al considerar estos tres elementos como parte de una sola escala abreviada ($\alpha = .84$).

Escala de estrés percibido

Se utilizó la versión chilena (Tapia D., 2007) que tiene la particularidad de haber sido validada con una población de escasos recursos en Chile. Consideramos que esta es una ventaja dado que una parte sustantiva de la muestra estuvo compuesta precisamente por personas de este grupo socioeconómico.

Esta escala tiene 14 preguntas que se puntúan en una escala likert que va de 0 a 4 puntos, por lo que la escala arroja puntajes con un rango teórico de 0 a 56 puntos. El puntaje total de la escala se obtiene sumando los puntajes directos de cada pregunta, teniendo en cuenta que las preguntas 4, 5, 6, 7, 9 y 13 están invertidas y que el puntaje asociado a ellas se interpreta en sentido contrario. Las propiedades psicométricas del instrumento fueron evaluadas en términos de su confiabilidad, obteniéndose una alta consistencia interna ($\alpha = .83$).

Adicionalmente, se realizó un análisis factorial exploratorio sobre la escala completa, cuyos resultados son muy similares a los obtenidos en otros estudios (Cohen S., 1988; González M., 2007).

La solución de dos factores explica un 49.44% de la varianza total. Como se ha visto en otras investigaciones, en el primer factor (28.9% de la varianza) cargan aquellos ítems con una connotación negativa, mientras que en el segundo factor ((20.5% de la varianza), se agrupan las preguntas que reflejan una evaluación positiva sobre la capacidad para enfrentar los problemas.

Los estudios referidos sobre este tema, indican que no debiera interpretarse ambos factores por separado y que, en cambio, debe usarse el puntaje total de la escala en los análisis.

Entendemos que esta aproximación es coherente con la concepción del estrés de Lazarus, que depende tanto de la evaluación de las situaciones potencialmente amenazantes en el entorno, más la evaluación de los recursos personales para hacerles frente.

Identificación y evaluación de acontecimientos vitales potencialmente estresantes

A cada uno de los encuestados, se le mostró un conjunto de 26 enunciados relacionados con acontecimientos de la vida.

Se indagó si alguno de ellos estuvo presente en su vida en el último tiempo y, en caso de obtener una respuesta afirmativa, se les pidió responder cuánto le afectó cada uno de ellos (0=nada, 3=muchísimo).

Además, se le pidió a los encuestados responder cuáles de estos acontecimientos estaba presente actualmente en su vida, es decir, si todavía le está afectando o si ya lo dejó de afectar o apenas lo afecta. Una lista con los acontecimientos mencionados se presenta en la tabla siguiente

Evaluación de acontecimientos estresantes

	SI	NO
Ha vivido situaciones de paro, desempleo o jubilación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Época de exámenes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Búsqueda o compra de vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deudas, préstamos o hipotecas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantener un estilo de vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alza constante del costo de la vida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Independencia de la familia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Falta de apoyo o traición de amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situaciones de Inseguridad ciudadana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situación socio-política del país	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rendimiento escolar de los hijos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas de convivencia con los demás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presencia de una o más personas no deseadas en el hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida y relación de pareja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Estudios y/o futuro de mis hijos o familiar cercano	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemática de drogas o alcohol (propia o familiar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Embarazo no deseado, o deseado pero con problemas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mantenerse joven	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Enfermedad de un ser querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pérdida de algún órgano o función física o síquica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Problemas sexuales	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Exceso de trabajo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Escala de satisfacción vital

Otro de los aspectos que se indagó a través de la encuesta es el estado de satisfacción o insatisfacción en relación a distintos aspectos de la vida de los encuestados.

Se evaluaron en total 12 dimensiones relacionadas con el trabajo, la vida familiar, la vida amorosa, la salud, etc. Se solicitó a los encuestados pronunciarse frente a cada una de las dimensiones en una escala de 1 a 7, donde 1 quiere decir que está muy insatisfecho y 7 que está muy satisfecho.

La pregunta sobre la satisfacción con el trabajo y el nivel de educación alcanzado, se aplicaron solamente a aquellas personas que estuviesen trabajando actualmente, en el primer caso, y a quienes tuvieran más de 25 años, en el segundo.

Creencias y comportamientos asociados al estrés

Un aspecto importante a evaluar en relación con el nivel percibido de estrés es la concepción de los usuarios sobre el estrés y cuáles son las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas cuando las personas tienen un nivel alto de estrés.

Para evaluar este aspecto se preguntó a los encuestados qué tan “estresados” se sentían (1=para nada estresado, 5=muy estresado). En aquellos casos en que el encuestado respondía 3 o más, se aplicaron tres preguntas abiertas para capturar la concepción de las personas sobre el estrés:

¿Por qué dice usted que está o se siente estresado? ¿Cómo se da cuenta de ello?,

Sobre las causas asociadas al estrés:

¿Y usted sabe qué es lo que lo tiene estresado? ¿Puede decirme qué es?

y sobre las estrategias de afrontamiento utilizadas:

Cuando se siente estresado ¿qué cosas hace usted para sentirse mejor?

Las respuestas se codificaron de acuerdo a un análisis cualitativo de las mismas en un conjunto de categorías mutuamente excluyentes.

Conducta saludable y presencia/ausencia de dolencias o problemas de salud

Este último aspecto se abordó mediante dos preguntas sencillas. La primera indagó sobre el uso actual de cigarrillos, alcohol, medicamentos para dormir y medicamentos para la ansiedad. La segunda, incluyó una lista de 20 dolencias o problemas de salud como depresión, ansiedad, insomnio, gastritis, úlcera, obesidad, etc. Esta lista fue leída para el encuestado, quien debía indicar su presencia o ausencia.

Datos normativos Escala de Estrés Percibido

Los puntajes obtenidos fluctuaron entre 0 y 50 puntos, con una media ponderada de 22.57 puntos ($s = 8.54$). Estos resultados son similares a los obtenidos en otros estudios (Ver tabla). En el estudio de validación de Tapia (2007) la media reportada es 2.68 puntos superior a la media obtenida a partir de nuestros datos.

Al revés, tanto en la adaptación mexicana del instrumento (González y Landero, 2007) como en el estudio normativo realizado en Estados Unidos por Cohen y Williamson (1988) la medias obtenidas son inferiores, sobre todo en el caso de Estados Unidos.

Comparación con otros estudios

	\bar{X}	S	RANGO	N
Adaptación al español en México (González y Landero, 2007)	21.9	7.03	3 a 46	365*
Adaptación al español en Chile (Tapia, 2006)	25.5	9.31	8 a 51	117**
Estudio normativo en EEUU (Cohen y Williamson, 1988)	19.62	7.49	0 a 45	2387
Estudio estrés percibido en Chile	22.57	8.54	0 a 50	803

* Muestra compuesta por estudiantes de psicología

**Muestra compuesta por personas de escasos recursos que trabajan y, a la vez, estudian carreras técnicas

Aunque no podemos afirmar con certeza a qué se deben exactamente las diferencias de los resultados globales de los tres estudios citados, creemos que podrían evaluarse a la luz de las diferentes características demográficas de las poblaciones objetivo de cada uno de ellos. En el estudio de Tapia (2007), la muestra estuvo conformada en su totalidad por adultos de escasos recursos, que como veremos más adelante tienden a mostrar niveles de estrés relativamente más altos que el resto de la población.

Esto es consistente, además, con los resultados de Cohen y Williamson (1988) a partir de un estudio probabilístico a nivel nacional realizado en Estados Unidos, donde también se observó que las personas con menos ingresos muestran mayores niveles de estrés.

Por otra parte, el estudio de González y Landero (2007) estuvo conformado fundamentalmente por estudiantes de psicología, población que al menos en nuestro estudio aparece como una población menos estresada que la media nacional chilena.

No obstante, este resultado es contradictorio con los resultados del estudio Cohen y Williamson (1988), donde de hecho los estudiantes son la población más estresada después de las personas sin trabajo o que tienen impedimentos para trabajar (enfermos o discapacitados).

Dado que esta escala no es un instrumento diagnóstico, los puntos de corte para distinguir niveles bajos, normales y altos de estrés, se determinan en función del comportamiento de los datos de la muestra estudiada.

En este caso, se determinó que el punto de corte para determinar el nivel alto de estrés es de 27,73 puntos (P_{75}), es decir, todas aquellas personas que puntuaron sobre 27 puntos (28 o más), quedarían dentro de esta categoría. Es importante insistir en que este no es un criterio diagnóstico, sino que normativo.

No obstante aquello, sí podemos afirmar que este es un grupo que requeriría algún tipo de atención. Algunas personas dentro de este grupo se podrían beneficiar, por ejemplo, de psicoeducación, mientras que otras podrían llegar a requerir ayuda profesional personalizada y especializada. Estos últimos estarían dentro del 10% superior, es decir, aquellas personas que puntuaron 34 puntos o más en la escala de estrés percibido.

En el estudio encontramos que un 25% de la población presenta un alto grado de estrés en general. Más aún, un 40% de los chilenos refiere haberse sentido frecuentemente o casi siempre tenso en el último tiempo, y un 27% que habían sufrido situaciones que los hicieron sentirse abrumados.

No obstante lo anterior, y a propósito de la definición inicial de estrés, es interesante observar que un 83% de las personas confían en su capacidad para manejar situaciones estresantes, un 72% dice que ha podido hacer frente exitosamente a los cambios que le han tocado vivir y un 68% que ha sido capaz de enfrentar conversaciones difíciles.



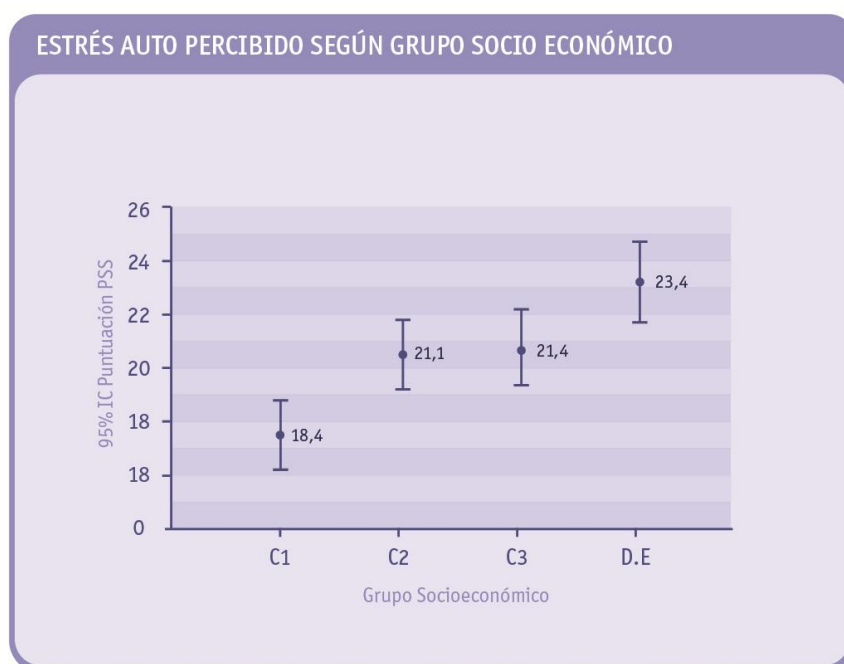
Tabla EPE

Respuestas a cada pregunta de la EPE en 803 chilenos (%)

PORCENTAJE DE PERSONAS QUE CONTESTAN "FRECUENTEMENTE" Y "CASI SIEMPRE"	
¿Se ha sentido molesto a causa de alguna situación inesperada?	27,4
¿Se ha sentido incapaz de controlar hechos importantes en tu vida?	18,5
¿Se ha sentido continuamente tenso?	39,7
¿Resolvió de manera exitosa las discusiones desagradables en tu vida?	68,6
¿Sintió que enfrentó exitosamente los cambios importantes que estaban ocurriendo en su vida?	72,7
¿Confió en su capacidad para manejar sus problemas personales?	83,4
¿Sintió que las cosas le estaban resultando como Ud. querías?	56,2
¿Encontró que no podía resolver todas las situaciones que tenía que enfrentar?	28,6
¿Ha podido controlar los hechos desagradables de su vida?	65,1
Sintió que estaba colapsado con las situaciones que te ocurrieron?	27,3
¿Se ha sentido molesto por situaciones que estaban fuera de su control?	36,2
¿Se ha encontrado pensando en las situaciones que tiene que resolver?	58,3
¿Ha sido capaz de manejar su tiempo según sus propias necesidades?	68,8
¿Sintió que los problemas se le habían acumulado?	33,7

Se observó además, que el estrés se mantiene constante durante los distintos meses del año. Si bien abril es el mes de mayor estrés auto percibido, las diferencias con los demás meses, a excepción de febrero (vacaciones), no son significativas.

Al contrastar el nivel de estrés auto percibido con el GSE, el estrato D-E, que corresponde a los niveles más bajos de ingreso, es el grupo con más alto índice de estrés, tal como se observa en el siguiente gráfico:



De hecho, el 30,3% del grupo socioeconómico D-E presenta niveles de estrés alto en relación al resto de la población, mientras que sólo el 13,9% del grupo ABC1 muestra un nivel de estrés dentro de esos parámetros.

Se aprecia además, una relación inversa entre el estrés percibido y el nivel educacional, definido por los años de estudios realizados y la obtención de algún título profesional y grado académico, de tal manera que las personas con menor educación se perciben a sí mismas más estresadas.

El mayor nivel de estrés auto percibido según estado civil está en las personas viudas y separadas (anuladas o divorciadas), en comparación con casados o solteros.

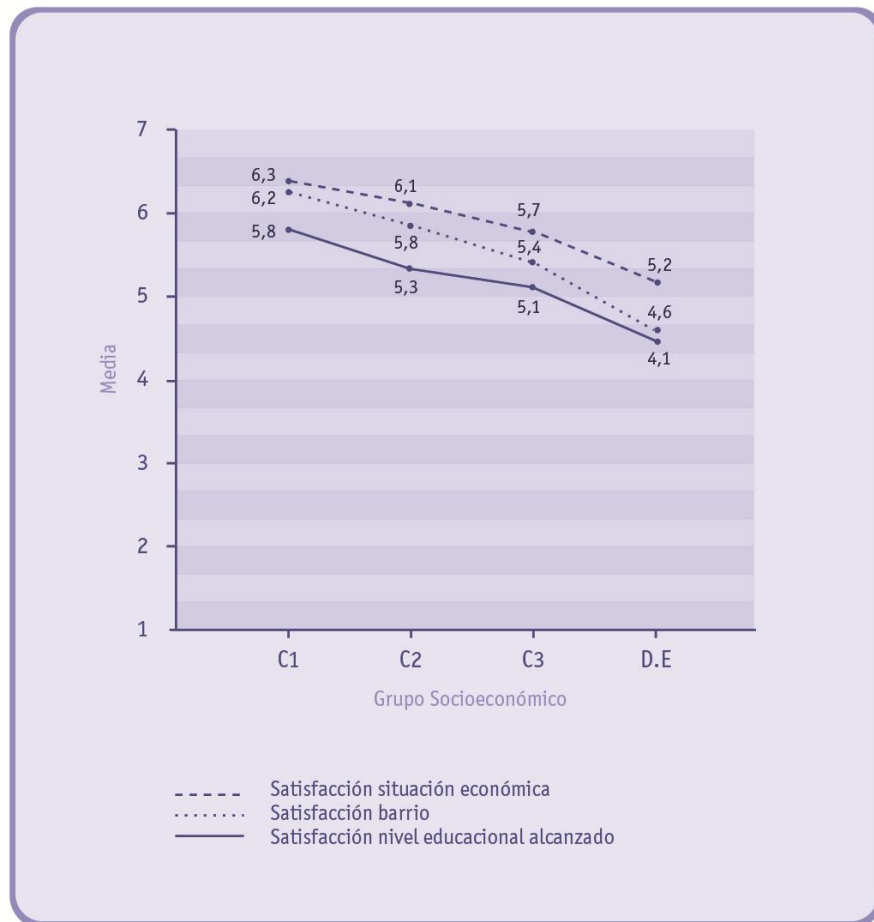
Al analizar la variable ocupación, obviamente el grupo de personas cesantes es la de mayor puntaje, pero mas allá de la situación coyuntural de la cesantía, destaca que las Dueñas de casa sean las personas que presentan un mayor nivel de estrés, como se muestra en el gráfico siguiente:



Entre los factores (o estresores) que podrían explicar el nivel de estrés, las personas que respondieron la encuesta, reconocen un conjunto de acontecimientos potencialmente estresantes que les han afectado en el último tiempo. Entre ellos, y de modo muy generalizado, se encuentra la inflación.



En el análisis por GSE, los factores en donde hay más diferencias entre los distintos grupos socioeconómicos son la satisfacción con la situación económica, la satisfacción con el nivel educacional alcanzado y con las características del entorno donde viven (Ver gráfico).



En la discusión de nuestros hallazgos precisamos que el estudio incluyó una población adulta de distintos lugares de Chile y puede considerarse representativa del país. El estrés auto percibido muestra que la población reconoce como situaciones que inducen estrés, aspectos económicos o de inseguridad ciudadana, y en menor frecuencia situaciones familiares, independientemente de su nivel socioeconómico.

Sin embargo, al desglosar por factores encontramos que el grupo de mayores ingresos y de mayor nivel educacional (factores relacionados entre sí), tiene mejores posibilidades de enfrentar esas situaciones y por tanto un mayor control, un elemento fundamental para el manejo efectivo y auto percibido del estrés.

Así como los factores emocionales y relacionales aparecen como fuentes generadoras de estrés, es concordante que dependiendo de la red de apoyo cercana la persona se perciba con mayor o menor capacidad para enfrentar la situación adversa. Este apoyo en general está dado por la persona con quien uno vive (estado civil lo representa). Sin embargo, he descuidado evaluar otras personas significativas.

Al revisar críticamente este material, aparecen nuevas miradas más integradoras que entregan mejores respuestas. La mejor perspectiva que he encontrado es la de Hobfoll, que mencionamos en el marco teórico. Si bien este autor rescata el trabajo de Lazarus y su evaluación de estresores, considera que hay una posible circularidad en que la situación puede ser vista como estresante si se parecía como tal y no *per se*.

Sus investigaciones y la literatura a la que recurre, le permiten plantear que lo central en el estrés, es que la aproximación a los estresores incluye elementos biológicos propios de la especie, pero sobre todo, el contexto en que se encuentren y los roles que existan en una determinada cultura, extendiendo el concepto de estrés a uno de naturaleza social, donde la primacía no está en la evaluación individual:

“La gente emplea sus recursos claves para conducir la regulación del self, su operación en las relaciones sociales y en cómo organizan, se comportan, y se ajustan en el contexto mayor de una organización y de su cultura” (Hobfoll S., 2011, página 128).

De esta manera, si analizo los resultados adquieren una congruencia mayor. La evaluación realizada me permite ver que las condiciones vistas como estresantes son sociales en un amplio sentido, el costo y el estilo de vida y la inseguridad ciudadana, que me sorprenden que ocupen los primeros lugares si pensamos en lo individual.

Y en esto la teoría de Conservación de Recursos (TCR) sostiene que a las personas les preocupa la ganancia y conservación de recursos, sean estos culturales, materiales, empleo, etc. Y que como vemos, explica mejor las respuestas de los encuestados. Aun en períodos de bonanza, habría la preocupación de una pérdida futura de recursos, que adquiere sentido si pensamos en la preocupación por mantener un estilo de vida que ya se ha conseguido.

Y este nuevo marco, la variable educación, como reflejo también de estatus socioeconómico, juega un rol en varios sentidos: si bien se ha establecido que estos niveles comportan expectativas de vida distinta, directamente proporcionales, un análisis más exhaustivo lo proporciona Hobfoll.

Para este autor, la capacidad de generar recursos y mantenerlos, está dada por lo que él llama un *corredor de caravanas* y que consiste en el capital cultural que se hereda, las *transferencias inter vivos*, es decir, una familia que genera estructuras de acogida adecuadas (en palabras de Duch I, 2002) y la *herencia de bienes*, que claramente tienen relación con el nivel educacional, pero que le da más sentido a los hallazgos de nuestro estudio. Así es posible entender por qué las personas se ven como siendo capaces de enfrentar las situaciones estresantes (Hobfoll S, 2011).

Del mismo modo, sugiere, a mi parecer correctamente, que como los estímulos más vagos, que no podrían clasificarse como estresores, son interpretados por la visión familiar y no individual, y ella le confiere la valencia que tendrá, en una determina cultura y sociedad.

Si bien estas interpretaciones son aparentemente pesimistas, Hobfoll destaca como pareciera ser que el vecindario y las relaciones comunitarias tendrían un valor mayor que la familia en la prevención de desarrollo de psicopatología infantil (Hobfoll S, 2011).

Creemos que una deficiencia de nuestro estudio radica en no haber investigado el apoyo social de una manera directa, vale decir, las personas que pueden brindar soporte en caso de necesidad, o en palabras de Hobfoll, ante la pérdida de recursos.

En este sentido, algunos estudios se han preocupado de desarrollar escalas de medición de estas redes, dado el valor que tienen para enfrentar las dificultades. Una de ellas, validada en Chile contiene preguntas tales como: “Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar”, “Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas” o “Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero” (Arechabala C., 2002).

La postura recién descrita, se enmarca mucho más en una perspectiva construccionista social, al minimizar la evaluación individual del estrés y focalizarla en los factores culturales y sociales como elementos determinantes, pues lo contextualizan mucho mejor.

En el caso de la ocupación, es posible hipotetizar que la dueña de casa sea la persona que reúna la menor disposición de recursos auto percibidos, vale decir, se ve sin ingresos económicos y viviendo el día a día los conflictos emocionales, sin tener la posibilidad de apoyo que representan la red más amplia de que disponemos, como los compañeros de trabajo o de estudios.

Sin embargo, nadie dice explícitamente el valor que tiene la dueña de casa y lo que representa. Un grupo de investigadores chilenos de la Universidad Adolfo Ibáñez quiso adentrarse en este aspecto, considerando que los roles socialmente asignados a hombres y mujeres exhiben una asimetría fundamental.

Dicen que al sexo masculino se le asignan roles valorados (el trabajo, la productividad, el descubrimiento) y al sexo femenino se le asignan roles subvalorados (el cuidado de los demás, la administración del hogar), y que además esta asignación es un fenómeno cultural, es decir, lo que la sociedad cree o a considera como lo adecuado.

Y comenta que: “Si nos remontamos unos 70 años en la historia de Chile, al tiempo en que nacieron mis padres, veríamos esta asimetría manifestarse en forma patente. Con los años la situación ha cambiado, ofreciendo a las mujeres nuevos roles en la sociedad.

En particular, desde los años 90, sucesivos gobiernos se han preocupado del tema del rol social de la mujer, lo que se ha encarnado más recientemente en medidas como la paridad de hombres y mujeres en los ministerios gubernamentales, y en la ley de igualdad de remuneraciones entre los sexos”.

Entre sus resultados destaca que sigue existiendo también una asimetría valorativa entre los atributos asignados a cada género. Sin embargo la asimetría se manifiesta en la actualidad en que las personas (las mujeres en particular) devalúan a la mujer que cumple el rol tradicional.

De esta manera, sus datos sugieren que el cambio cultural respecto del tema de género en Chile, parece consistir en que las mujeres consideran el rol masculino más atractivo y posible para sí mismas. Y, sin embargo, mantienen el rol de género femenino tradicional como alternativa, aunque devaluada (S. Chaigneau, comunicación personal).

Una mirada diferente, pero complementaria, la aporta Illich, al comentar que el trabajo de dueña de casa es “en las sombras” (shadow work en inglés), refiriéndose a que es un rol que no es considerado en el mercado, sino que viene por sí solo, como parte de lo que es necesario para vivir, pero se realiza en la penumbra, porque no tiene un valor productivo transable (Illich I., 1980).

7. Conclusiones finales

Los problemas a los que me he enfrentado en el decurso de las investigaciones sobre el estrés me permiten visualizar las conclusiones.

Debo sí dejar establecido que los estudios presentados y analizados, corresponden a aquellos en los que he participado, y éstos siguen la historia del estrés y sus variantes biológica, psicológica, patológica y social. Por lo que puedo considerar como pequeñas estrellas en un cielo cubierto de ellas, pero de la misma clase.

Las reflexiones aquí presentadas tienen un carácter epistemológico y también metodológico, además de las disquisiciones descritas a lo largo de la tesis.

En el nivel epistemológico, planteo que la fenomenología biológica de Maturana y Varela (Maturana H., 1973), en especial la de tercer orden, me permite aproximarme al fenómeno del estrés desde la perspectiva de un posible modo efectivo de establecer un acoplamiento estructural con el medio, incluidas las otras personas.

Así como reconocía los postulados de C. Bernard acerca del mecanismo homeostático, el estrés corresponde a un mecanismo heterostático, que permite lidiar con las perturbaciones que experimentan los seres vivos, pero permanece siendo un mecanismo auto regulatorio, de carácter filogenético.

Pero el análisis del fenómeno del estrés se torna más comprensible aun si, al continuar la línea de postulados de F. Varela, se integran otras nociones necesarias para comprender al hombre.

Lo central de este aporte es que en el hombre la emoción es un aspecto central de estar en el mundo, y se constituye en una motivación al movimiento, entendida como fuerzas dinámicas con intencionalidad y encarnadas. Sigue, en este sentido, al planteamiento de Maturana, de que lo que él describe como una biología del conocer, conocimiento que surge de estar en el mundo, es el acto de mismo de la experiencia palpable con el entorno.

De esta manera, Varela refuerza la idea del conocer encarnado (*embodiment* en inglés) y provisto de una orientación al mundo real (Varela F., 2000).

Del mismo modo, es la emoción la que permite estar involucrado en el mundo, el poder extraer significado de los objetos que en él están y permitiendo una comprensión pre reflexiva, pre verbal, de las acciones de los otros, que contribuiría a la sintonización con el mundo a establecer y actúa como un puente tácito, proporciona las bases para la intersubjetividad (Stanghellini G., comunicación personal).

Por otra parte, Varela hace el énfasis en que la mente como tradicionalmente se ha entendido, no radica solamente o exclusivamente en el cerebro, sino en el cuerpo y el self o sí mismo, y no puede ser entendido como aquello que separa de los otros y se constituye a sí mismo con influencias, sino que es uno con el medio, derribando la noción tradicional de un self “aparte” del mundo, una mirada individual (Varela F., 2000).

De esta manera el construccionismo social, avanza en la postura de comprender que somos seres relacionales por definición y que creamos mundos o realidades que son compartidas y consensuadas.

Desde estas nuevas perspectivas es que se ve de un modo diferente el concepto de estrés, fiel representante de la ciencia positivista.

En el título de esta tesis he planteado si es realmente el concepto del estrés unívoco o polisémico, y que esta última característica estaría dada por los contextos en que se haga discurso acerca de él.

El recorrido de los estudios realizados por mí van desde la creación del concepto, surgido en buena parte de las investigaciones en laboratorio y con animales de experimentación, cuyo paradigma es la existencia de la realidad objetiva y cognoscible, y que a la luz de esta nueva fenomenología su comprensibilidad cambia, adquiere el carácter de un conocimiento relativo y creado, como un lenguaje entre otros.

Al mismo tiempo, la concepción de un ser cerrado sobre sí mismo, aunque recibiendo influencias del medio como lo concebimos en una segunda etapa, en relación a mi formación de psiquiatra, se asienta sobre la psicología cognitiva tradicional, cercana a la ciencia, pero distante de la experiencia vivida, del ser corporeizado y enraizado en el mundo, de la realidad creada en conjunto con otros, de la pérdida de la objetividad, aunque ésta más bien la dejamos en paréntesis, siguiendo a Maturana (1973). Según este autor, la interacción con el medio genera perturbaciones que el organismo compensa para alcanzar el acoplamiento estructural, cuyo fracaso significa la muerte del organismo.

Desde mi perspectiva, al introducir la complejidad propia de la especie humana y en consonancia con Varela (2000), la emoción encarnada nos permite una mejor comprensión del estrés como mecanismo emocional humano (no exclusivamente por cierto), de envergadura.

Este fenómeno podría explicar los efectos deletéreos que sobre la persona puede tener una experiencia afectiva traumática (estrés grave en terminología científica), el conseguir un acoplamiento estructural con una merma en la organización del ser vivo.

Esta noción me abrió la puerta a la idea de las perturbaciones, que desde la mirada de la ciencia y la medicina pudieran considerarse enfermedades.

Sin embargo, al adentrarme en las investigaciones clínicas, me sale al paso que, la idea misma de enfermedad constituye una construcción social, un acuerdo, en muchos casos tácito, acerca de un modo “anómalo” de estar en el mundo.

Gergen lo ha enfatizado y ejemplificado muy certeramente al referirse al cerebro “acultural” o desculturalizado, criticando como se da por obvio que las emociones, que buscan su localización en el cerebro son definiciones sociales, acuerdos entre pares e históricos, que pierden sentido con el correr de los años, e incluso de una cultura a otra en un mismo período (Gergen K, 2010).

El interés por conocer la voz de los pacientes me sensibilizó a colocarme desde otro punto de vista, observar que su “lógica” tiene otras reglas, que no pueden calificarse de erradas, pues tienen otro referente cultural, otra concepción de enfermedad, más cercana a las ideas de bienestar y malestar, que nosotros transformamos en enfermedad y salud.

La apertura a la comunidad y el estudio del estrés en ella, me condujo a un camino que ya había andado, a propósito del estudio de campo de la vacuna meningocócica, y que es el de las variables macrosociales y su relación con el fenómeno que me concierne.

Con el devenir de estas reflexiones surgen, por una parte, la crítica a las metodologías de estudio del estrés y, por otra, la pregunta acerca de si es un concepto tan indefinido que no puede ser tratado como un fenómeno digno de estudio ni susceptible de comparaciones (Doublet S., 1999).

Responderé la última pregunta primero, para abordar la solución metodológica que nos parece surge de esta tesis.

Doublet (1999) en su crítica a la definición misma del estrés, se aproxima desde una perspectiva positivista y busca afanosamente alcanzar una claridad que permita trabajar el estrés desde distintos ámbitos, pero manteniendo su unicidad como concepto.

Me parece que hace un esfuerzo necesario para poner en jaque al estrés como noción a estudiar y someter a prueba, pues obliga a una respuesta, y a una propuesta si es que se rebate su planteamiento.

Postulo que el estrés no puede mantener ese carácter unívoco buscado por Doublet (1999), por qué perdería su riqueza intrínseca, que es dotarlo de significados diferentes según por quiénes es vivido, cómo se le defina y qué consecuencias tiene para ese grupo en particular (Gergen K., 1996).

Empero, y aquí respondo la primera pregunta: lo recién enunciado no significa una laxitud metodológica. Ya sea que hablemos desde una postura más fenomenológica o positivista, los términos de referencia deberán ser explícitos y fundamentados.

La serie de investigaciones presentadas aquí tienen matices de ambas, pero ciertamente son más cercanas al positivismo, aunque en el ámbito clínico recurro a las dos. Ya Berríos ha visto con claridad que los fundamentos de mi trabajo deben ser puestos en tela de juicio (Berríos C., 2011).

Frente a tal disyuntiva, la aproximación que propongo es el abordaje de estos problemas desde la mirada del paradigma de la complejidad (Morin E., 2010).

Para este autor, la mirada de la ciencia tradicional tiene como paradigma la disyunción/reducción, así como el rechazo de la contradicción.

El propone entonces el paradigma de la disyunción/conjunción. Una de sus aproximaciones metodológicas de este paradigma es la noción de emergencia: mencionando el caso de la relación cerebro-mente y entendiendo que el lenguaje de las neurociencias no puede explicar la noción de mente:

“La mente (esprit, mens) es una emergencia. Es la relación cerebro-cultura la que produce como emergencia las cualidades psíquicas, mentales, con lo que todo esto comporta de lenguaje, conciencia, etc. (Morín E., 2010, página 149).

Esta misma noción y descripción se puede aplicar al concepto de estrés, que se relaciona con un cuerpo, pero que adquiere distintos significados según desde donde se le observe.

Asimismo plantea la idea de generar una relación dialógica entre conocimientos aparentemente antagónicos. Para nosotros, que venimos desde la clínica esta es una opción diaria, centrarnos en el fenómeno y, al mismo tiempo, recurrir al conocimiento según el procedimiento científico tradicional.

En clínica, mi aproximación es heterodoxa, pues como clínico, constreñido por el tiempo, debo intentar recoger estresores y contextualizarlos al paciente en particular. Corro el riesgo de “desestimar” situaciones no referidas o de impacto subrepticio para el paciente, pero puedo trabajar con modelos integrados al hacerme las preguntas:

¿Qué le ocurrió de particular a esta persona vulnerable que alteró su equilibrio psicobiológico?

¿Tiene relación con las características del estresor o con los mecanismos psicobiológicos usados para enfrentarlo?

¿Cómo concibe él el estrés?

¿Desde lo social, con qué apoyo cuenta o percibe o cree contar?

Una discusión interesante que ilustra este punto, viene desde la sociología médica, cuyas posturas se han centrado principalmente en las construcciones sociales de la enfermedad, en su medicalización, que para algunos implica desconocer que la biología puede proporcionar un conocimiento válido y riguroso en su obtención (Timmermans S., 2008).

Para terminar, me parece que esta tesis ha aclarado como algunas ideas nacidas bajo el alero de la ciencia tradicional puede ser revisadas, puestas en duda, revalorizadas y enriquecidas por perspectivas más cercanas a la intersubjetividad, y al construccionismo social en particular.

8. Referencias bibliográficas

- Arechabala C., Miranda C. 2002. Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y enfermería* (1): 49-55,
- American Psychiatric Association. 1994. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington D.C., American Psychiatric Association,
- Badilla J., Aguilar E., Osorio L. 1984. Enfermedad meningocócica en la ciudad de Iquique. *Rev. Ch de infectología* 1: 23-26.
- Barry C., Bradley C., Britten N., Stevenson F., Barber N. 2000. Patients' unvoiced agendas in general practices consultations: qualitative study. *BMJ*; 320: 1246-1250.
- Bartra R. *Antropología del cerebro*. 2007. La conciencia y los sistemas simbólicos. Primera 3edición. México: Editorial Fondo de Cultura económica.. 236 páginas.
- Bauman Z. 2000. *Modernidad líquida*. Primera edición. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica. 232 páginas
- Berger P, Luckmann T. 2008. *La construcción social de la realidad*. 1º edición. 21º reimpresión. Buenos Aires: Amorrortu, 233 páginas.
- Bernard C. 1976. *Introducción al estudio de la Medicina experimental*. Primera edición. Barcelona: Editorial Fontanella S. A. 345 páginas.
- Berríos G. 2011. *Hacia una nueva epistemología de la psiquiatría*. 1ª edición. Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Beutler L. and Clarkin J., Ph. D. 1990. *Systematic Treatment Selection. Toward targeted therapeutic intervention*. Brunner/Manzel Publishers, New York.
- Bornhauser N., Csef H. 2005. Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicosomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 43(1): 41-50
- Breslau N, Davis G, Andresky P. 1995. Risk factors for Post-traumatic Stress Disorder related with traumatic events: a prospective analysis. *Am J Psychiatry*; 152: 529 – 35.
- Calabrese E. et als. 2007. Biological stress response terminology: Integrating the concepts of adaptative response and preconditioning stress within a hermetic dose-response framework. *Toxicology and Pharmacology* 222 122-128.
- Caplan G. 1993. *Aspectos preventivos en salud mental*. 1a edición (Barcelona): Ediciones Paidós Ibérica S, A.
- Caponni R., Carrasco T., Navarrete I., Ramos M., Reyes J., Sandoval S., Varela C., Kawada M. E. y Vargas L. 1979. Papel epigenético del stress de origen ambiental en la etiología de la diabetes. *Rev Med Chile* 107: 523.

Christian P., Lolas F. 1985. The stress concept as a problem for a "theoretical pathology". Soc. Sci. Med Vol. 21, Nº 12: 1363-1365.

Cohen S., T. Kamarck, R. Mermelstein. 1983. A Global Measure of Perceived Stress, USA, Journal of Health and Social Behavior, vol 24, nº4, 385-396.

Cohen S, Williamson G, 1988. Perceived Stress in a Probability Sample of the U.S., The Social Psychology of Health Newbury Park; CA: Sage.

Conrad P., Barker K. 2010. The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications. Journal of Health and Social Behavior 51: S67.

Cordero M. 1998. Salud Mental y Psiquiatría. El modelo gravitacional. 1a edición (Chile): Editorial Universidad de Santiago de Chile.

Cotton, Dorothy H.G. 1990. Stress Management: An integrated approach to therapy. New York: Brunnel/Mazel, Inc. 264 páginas.

Cox T. Definición de estrés en: www.gostress.com/stress-definitions/

Cruickshank J. 2012. Positioning positivism, critical realism and social constructionism in the health sciences: a philosophical orientation. Nursing Inquiry; 19(1): 71–82

Cruz C., Kawada M. E., Vargas L. 1981. Transmisión del estímulo de alarma en la rata. Bloqueo colinérgico central y acción hiperglucémica de Bombesina administrada intracerebro-ventricular. (i.c.v.). Arxh. Biol. Med. Exp. 14 (3): 259.

Cruz C., Pavez G., Aguilar E., Grawe L., Cam J., Méndez F., García J., Ruíz S., Vicent P., Canépa I., Martínez M., Boslego J., Zollinger W., Arthur J. 1990. Serotype specific Outbreak of Group B Meningococcal Disease in Iquique, Chile. Epidemiol. Infect (105), 119-126.

Cruz C., Vargas L. 1998. Estrés. Entenderlo es Manejarlo. 1ª edición. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile, 133 páginas.

Cruz C., 1999. Estrés: ¿Enfermedad o Reacción Natural? Revista Universitaria; (65): 53-57.

Cruz C. 2003. Estrés: un modelo para la psicología de la salud. En: Florenzano R., Zegers B, editores. Psicología médica. 1ª edición. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo; p. 267-278.

Cruz C., Editor. 2004ª. Los Atributos del Psiquiatra Moderno. Estudios en Gestión y Psiquiatría de Enlace. 1ª Edición, Santiago de Chile, RIL Editores, 302 páginas.

Cruz C. 2004b. Atención en salud mental: ¿Pacientes o clientes? En: Cruz C, editor. Los atributos del psiquiatra moderno. Estudios en gestión y psiquiatría de enlace. 1ª edición. Santiago de Chile: RIL Editores. p. 85-94.

Cruz C., Florenzano R., Weil K., Carvajal C., Vitriol V., Fullerton C., Trapp A. Trauma infantil y variables socio-demográficas: ¿Relaciones peligrosas? En: Florenzano R., Weil K., Carvajal C., Cruz C. 2005. Editores Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta. 1ª Edición, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, 145 páginas.

Cruz, C.; Florenzano, R.; Lara, C.; Vacarezza, A.; Hirdes, J.; Perez, E.; Trapp, A.; Riedel, K., 2006^a. Estudio piloto de aplicabilidad de un sistema clínico internacional de evaluación de calidad de atención en salud mental a pacientes psiquiátricos. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*. Vol. 6, 25 – 30.

Cruz C., Florenzano R., Lara C., Vacarezza A., Hirdes J., Pérez E., Trapp A., Riedel K., 2006b. Estudio piloto de aplicabilidad de un sistema clínico internacional de evaluación de calidad de atención en salud mental a pacientes psiquiátricos chilenos. *Acta Latinoamericana de Psiquiatría* (6): 25-30.

Cruz C. Donoso F., Espinosa F., Juanet J., Leal J. 2007. Aplicación de escalas de estrés en centros hospitalarios del Gran Santiago. *Revista de Psiquiatría y salud mental*, Vol XXIV: 198-205.

Cuneo C., González I., Jara M., Palomares L., Rammsy C., Cruz C., Florenzano R. 2005. Validación externa de la escala de trauma de Marshall. En: Florenzano R., Weil K., Carvajal C., Cruz C. Editores Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta. 1^a Edición, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, 145 páginas.

Cvjetanovic B. 1987. Strategy for control. (En Vedros, Neylan A. Evolution of meningoccal disease Primera edición. Boca Ratón: CRC Press Inc. Vol II: 135-143.

Darwin, Charles. 1998. The expression of the emotions in man and animals. Tercera edición. London: Oxford University Press, 509 páginas.

De Almeida N. 1992. Epidemiología sin números. Primera edición. Washington: Organización Panamericana de la Salud.. 112 páginas.

De la Parra, G. y Von Bergen, A. 2000. El instrumento OQ45.2 que mide resultados terapéuticos como herramienta de investigación psicoanalítica. En: *Revista Chilena de Psicoanálisis*. Vol. 17 (2): págs. 143- 156.

Diorio J., Meaney M. 2007. Maternal programming of defensive responses through sustained effects on gene expression. *J Psychiatry NeuroScience*; 32(4):275-84.

Doublet S. 1999. The stress myth. Primera edición, Australia: Science & Humanities Press, 290 páginas.

Duch L. 2002. Antropología de la vida cotidiana. Madrid: Editorial Trotta, 403 páginas.

Eibl-Eibesfeldt I. 2008. Human Ethology. Segunda reimpresión. USA. Editorial Aldine Transaction.

Eizirik C., Gazal C., Day V., Libermann Z., Fagundes A., Boas J. et al. 1988. Ambulatorio de psiquiatría do Hospital de Clínicas de Porto Alegre 1986 - características demográficas, diagnósticos y tratamientos. *Rev HCPA & Fac Med Univ Fed Rio Gd do Sul*. 3: 156-161.

Finkelhor K. 1987. The Sexual Abuse of children: Current Research reviewed. *Psychiatr Annals*; 17:233-24.

Florenzano R., Acuña J., Fullerton C., Castro C., 1998 Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*; 126: 397-405.

Florenzano R, Fullerton C, Acuña J, Escalona R. 2002. Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev Chil Neuropsiquiatría*; 47-54.

Florenzano R., Weil K., Carvajal C., Cruz C. 2005. Editores Trauma infanto-juvenil y psicopatología adulta. 1ª Edición, Santiago de Chile, Universidad de los Andes, 145 páginas.

Florenzano R., Artero M., González I., Martínez S. y Ortega, P. 2005. Evaluación del Impacto de las intervenciones psicosociales en el nivel hospitalario de una Red de Atención Mental: aplicación sistemática del OQ 45.2 de Lambert *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica (Alcmeon)* 15 (2): 1-8

Fonodrogas y sus 100 llamadas diarias de emergencia, 2000. *Diario El Mercurio* Agosto 5; Cuerpo C. pág. 15.

Frasch C.E., Coetzee G., Zahradnik J.M., Falman H. A., Koornhof H. J. 1983. Development and evaluation of group B serotype 2 protein vaccines: Report of a group B field trial. *Medicine tropicale*; 43:177-180

Fullerton C., Acuña J., Florenzano R., Cruz C., Weil K. 2003. Psicopatología en pacientes hospitalizados en un hospital general. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*; 41 (2): 103-109.

Gergen K. 1992. *El yo saturado. Dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Primera edición. Barcelona: Editorial Paidós. 370 páginas.

Gergen K. 1996. *Realidades y relaciones*. Primera edición. Barcelona: Editorial Paidós. 398 páginas.

Gergen K. 2009. *An invitation to social construction*. Second edition. Great Britain: SAGE Publications inc. 186 pages.

Gergen K. 2010. The accultured brain. *Theory & Psychology* 20 (6), 795-816.

Guerrero B. 1990. *Del chumbeque a la Zofri. ¿Los iquiqueños somos los mismos?* Primera edición. Iquique: Ediciones El jote errante. 146 páginas.

Gloger S, Puente J, Arias P, Fischman P, Zaldumbide I, González R, et al. 1997. Respuesta inmune disminuida por estrés académico intenso: cambios de la proliferación linfocitaria en estudiantes de medicina. *Rev Méd Chile*. 125: 665-670.

Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP. 1988. Clinical and Biochemical Manifestations in Depression in relation to Neurobiology of Stress. *N Engl J Med* 319: 413-420

González M., Landero R. 2007, Factor structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a sample of México. *The Spanish Journal of Psychology*. Vol 10, Nº 1, 199-206.

Hamarman S., Bernet W. 2000. Evaluating and reporting emotional abuse in children: parent-based, action-based focus aids in clinical decision-making. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 39: 928-930.

Hidalgo C., Carrasco E. 1999. *Salud Familiar: un modelo de atención integral en la atención primaria*. Primera edición (Santiago de Chile). Ediciones Universidad Católica de Chile, 438 páginas.

Hirdes J. P., Marhaba M., Smith T. F., Clyburn L., Mitchell L., Lemick R. A., Curtin-Telegdi N. C., Pérez E., Prendergast P., Rabinowitz T., Yamauchi K. 2001. Development of the Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH). *Hospital Quarterly*. 4: 44 – 51.

Hirdes, J. P., Smith, T. F., Rabinowitz, T., Yamauchi, K., Pérez, E., Curtin-Telegdi, N., Prendergast, P., Morris, J.N., Ikegami, N., Phillips, C., Fries, B.E. 2002, The Resident Assessment Instrument-Mental Health (RAI-MH): Inter-Rater Reliability and Convergent Validity. *Journal of Behavioral Health Services & Research*. 29 (4): 419 – 432.

Hobfoll S. 1989 March. Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*. 513-524.

Hobfoll S. 1998. *Stress, culture and community*. Primera edición. (USA) Plenum Press.

Hobfoll S. 2011. Conservation of resources theory: its implications for stress, health, and resilience. En Folkman S. *The Oxford handbook of stress, health, and coping*. Primera edición. USA: Oxford University Press Inc. 469 páginas.

Hubble M.; Duncan L.; Miller S.. September 2000. The heart and soul of change. American Psychological Association Washington D. C.

Illich I. Shadow-work. En Day S. 1980. *Biopsychosocial Health*. USA: Editado por The international foundation for biosocial developmental and human health. páginas 137-47.

Isehard R. 1991. O ambulatorio setorizado de psiquiatria da FFCMPA: experiencia e ensinamentos. *J Bras Psiquiatr* 9: 461-469.

Jiménez J.P., Florenzano R., Buguña C., Sarnoff R., Vega S. 1994. El sistema de servicios de atención de psicoterapia en Chile frente a los desafíos del presente y del futuro. Eds. CPU. *Estudios Sociales*, 79, 1, 85-115.

Johnson J, Cohen P. 1999. Childhood maltreatment increases risk for Personality Disorder during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* 56: 600 – 6

Jones R. 2004, The science and meaning of the self. *Journal of Analytical Psychology*, 49, 217–233

Katrin WJ, Hanson J. 1992. Medical and Psychiatric Symptoms in women with History of Childhood Abuse. *Psychosom Med* 54: 658-664.

Komen M. 2003 Aug. Physical child abuse and social change. Judicial intervention in families in The Netherlands, 1960-1995. *Child Abuse Negl*. 27(8):951-65.

Lambert, M.; Hansen, N.; Umphress, V.; Lunnen, K.; Okiiski, J.; Burlingame, G. 1996. Administration and Scoring Manual for the OQ45-2. American Professional Credentialing Services LLC. USA.

Latour B. 1995. ¿Tienen historia los objetos? El encuentro de Pasteur y de Whitehead en un baño de ácido láctico. ISEGORÍA 12 pp. 92-109.

Latour B. 2001. La esperanza de Pandora. Primera edición. Barcelona: Editorial Gedisa. 382 páginas.

Lara C., Cruz C., Vacarezza A., Florenzano R., Trapp A. 2008, Análisis Comparativo de dos instrumentos de evaluación clínica: OQ-45 e interRAI- Salud Mental. Rev Chil Neuro-Psiquiat, Vol.46, N° 3, pp. 156- 246.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

Lecannelier F. 2010. La nueva ciencia de los bebés: Apego e intersubjetividad. Rev GPU 6; 1: 29-37.

Leserman J. 1996. Sexual and physical Abuse history in Gastroenterology: how the types of abuse influence the health. Psych Med 58: 4 – 15

Lindhorst T., Beadnell B., Jackson L., Fieland K., Lee A. 2009, April. Mediating pathways explaining psychosocial functioning and revictimization as sequelae of parental violence among adolescent mothers. Am J Orthopsychiatry. 79 (2): 181–190.

Lorenz K. 1983. La etología. Barcelona; Ediciones de Nuevo Arte Thor, 190 páginas.

Marková J., Berríos G. 2012. Epistemology of psychiatry. Psychopathology 45. 200-227.

Marková J., Berríos G. 2009. Epistemology of mental symptoms. Psychopathology. 42(6):343-9.

Marshall, R.D., F.R., Lin, S.H., Simpson, H.B., Vermes, D. y Liebowitz, M. 2000. Childhood Trauma and Dissociative Symptoms in Panic Disorder. Am. J. Psychiatry, 157: 451-453.

Marty C., Lavín M., Figueroa M., Larraín D., Cruz C. 2005. Prevalencia de estrés en estudiantes del área de la salud de la Universidad de los Andes y su relación con enfermedades infecciosas. Rev Chil Neuro-Psiquiat 43 (1): 25-32.

Mason, John W. 1975. March. A historical view of the stress field. Part 1. Journal of Human Stress. 6-12.

Maturana H., Varela F. 1973. De máquinas y seres vivos. Autopoiesis: la organización de lo vivo. Segunda edición. Santiago de Chile: Editorial universitaria, 137 páginas.

Maturana H. 1995. Desde la biología a la psicología. Cuarta edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.. 206 páginas.

Maturana H., Varela F. 2007. El árbol del conocimiento. Decimonovena edición. Santiago de Chile: Editorial Universitaria. 170 páginas.

Mayou R, Sharpe M. 1997. Treating medically unexplained physical symptoms. *Br Med J* 315: 561

McEwen B. 2002. *The End of Stress As We Know It*. First edition. USA: Joseph Henry Press/The Dana Press.. 262 pages.

McLean L, Gallop R. 2003. Implication of Childhood Sexual Abuse for adult Borderline Personality Disorder and Complex Post-traumatic Stress Disorder. *Am J Psychiatry*; 160: 369-371

Mlot, Christine. 1998 May. Unmasking the emotional unconscious. *Science*. Vol 280: 1006.

Moneta M. E. 2009. *El apego. Aspectos clínicos y psicobiológicos de la díada madre-hijo*. Tercera edición. Santiago de Chile: Editorial Cuatro vientos. 106 páginas.

Morin E. Piatelli-Palmarini M. 1983. *El primate y el hombre*. Primera edición. Barcelona. Editorial Argos Vergara SA. 237 páginas.

Morin E. 2010. *Pensar la complejidad. Crisis y metamorfosis*. Primera edición. España: Universidad de Valencia. 188 páginas.

Muller, A. 1997. Como afecta el estrés del cautiverio a la reproducción de los animales. Seminario Bibliográfico, Facultad de Ciencias Biológicas, Departamento de Ciencias Fisiológicas. Programa de Doctorado.

Mundi C., Cruz C., Rodríguez A. M., Aguirre P., Abarca M., Trapp A. 2004. Satisfacción en la atención de una población consultante a psiquiatría: Un estudio cuali-cuantitativo. En: Cruz C, editor. *Los atributos del psiquiatra moderno. Estudios en gestión y psiquiatría de enlace*. 1ª edición. Santiago de Chile: RIL Editores. p.137-160.

Nelson B.S., Wampler K.S. 2000. Systemic effects of trauma in clinic couples: an exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *J Marital Fam Ther* (2): 171-84

Numhauser J, Schwartz G. Agosto 1999. *Mujeres Sobrepasadas*. Actas del Congreso Mundial para la Salud Mental, Santiago de Chile.

Oates J. 2007. *Relaciones de apego. La primera infancia en perspectiva*. Reino Unido: Editores Open University.

Olfson M., Pincus H. 1994. Outpatient psychotherapy in the United States, I: volume, cost, and user characteristics. *Am J Psychiatry*, 151: 9: 1281-1288.

Olfson M., Pincus H. 1994. Outpatient psychotherapy in the United States, II: Patterns of utilization. *Am J Psychiatry* 151; 9: 1289-1294.

Olfson M., Kessler R., Berglund P., Lin E. 1998 Oct. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*. 155 (10):1415-22.

Olivos P. 1996. 21 años de Consulta psiquiátrica. *Rev. Psiquiatría* 2: 80-84.

Pincus H., Zarin D., Tanelian T., Johnson J., West J., Pettit A., Marcus S., Kessler R., McIntyre J. 1999. Psychiatric patients and treatments in 1997. *Arch Gen Psychiatry* 56: 441-449.

Pribor EF, Dinwiddie SH. 1992. Psychiatric correlate of Incest in Childhood. *Am J Psychiatry* 149: 52-56.

Przyrembel M, Smallwood J, Pauen M, Singer T. 2012. Illuminating the dark matter of social neuroscience: Considering the problem of social interaction from philosophical, psychological, and neuroscientific perspectives. *Front Hum Neurosci.* 6:190: 1-15.

Quintero M., Ramírez J. 2008. De las revoluciones científicas a la construcción social del conocimiento: el caso de las comunidades en educación. *Actualidades pedagógicas.* No 51: 87-97.

Quirce C., Odio M. 1980. Stress y cambio social: una propuesta metodológica. *Interciencia* Vol. 5 (1): 39-43

Rioseco P., Escobar B., Vicente B., Vielma M., Saldivia S., Cruzat M., Medina E., Cordero M.L., Vicente M." 1994 Oct-Dic. Prevalencia de Vida de Algunos Trastornos Psiquiátricos en la Provincia de Santiago". *Rev. Psiquiatría.* Vol 4: 186-193.

Rogers A., Pilgrim D. 1997. The contribution of lay knowledge to the understanding and promotion of mental health. *Journal of Mental Health* 6, 1, 23-35.

Rudrauf D, Lutz A, Cosmelli D, Lachaux JP, Le Van Quyen M. 2003. From autopoiesis to neurophenomenology: Francisco Varela's exploration of the biophysics of being. *Biol Res.* 36(1):27-65

Russek L, Schwartz G, Bell I. 1998. Positive perception of the parents' care related with fewer somatic and psychiatric symptoms. *Psych Med* 60: 654 - 7

Saluja G., Kotch J., Lee L. 2003. Effects of child abuse and neglect. Does social capital really matter? *Arch Pediatr Adolesc Med* 157:681-686.

Schneider B., Bowen D. 1995. *Winning the service game.* Boston, Massachussetts; Harvard School Press. Marzo,

Schreiber S, Galai-Gat T. 1993. Uncontrolled Pain after injury as central trauma in the Post-traumatic Stress Disorder. *Pain* 54: 107 – 10

Seyle H. 1952. *The story of the adaptation syndrome.* Montreal, Canadá. Medical Publishers.

Selye H., Somogyi Á., Végh P. 1968. Inflammation, topical stress and the concept of pluricausal diseases. *Biochemical Pharmacology.* Supplement,p.p 107-122.

Selye Hans. *Stress without distress.* Primera edición, USA. J.B. Lippincott Company, 1974.

Spatz C. 1999. Childhood Victimization and the Development of Personality Disorders. *Arch Gen Psychiatry* Vol 56: 600-606.

Spielberger, C D. 1985. Assessment of State and Trait Anxiety: Conceptual and Methodological Issues. Reprinted from *The Southern Psychologist*, Vol.2, 6-16.

Swahnberg K et als. 2004. Are demographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand* 83: 276-288.

Tapia D., Cruz C., Gallardo I., Dasso M. 2007. Adaptación de la Escala de Percepción Global de Estrés- (EPGE) en estudiantes adultos de escasos recursos en Santiago, Chile. *Revista de Psiquiatría y salud mental*, Vol XXIV: 109-119.

Timmermans S., Haas S. 2008, Towards sociology of disease. *Sociology of Health & Illness* Vol. 30 No. 5. pp. 659–676.

Uchoa A. 2009. Why Dichotomies can be misleading while Dualities Fit the Analysis of Complex Phenomena. *Integr Psych Behav* 43:350–355

Ursin H., Baade, E., Levine, S. 1978. *Psychobiology of stress*, Academic Press, Nueva York,

Varela F. 2000. *El fenómeno de la vida*. Primera edición. Santiago de Chile: J. C. Sáez Editor. 474 páginas.

Vargas L. 1976a El stress desde el ángulo fisiopatológico Parte I. *Rev Med Chile* 104: 821,

Vargas L. 1976b El stress desde el ángulo fisiopatológico Parte II. *Rev Med Chile* 104: 963,

Vargas L. 1977a El stress desde el ángulo fisiopatológico Parte III. *Rev Med Chile* 105: 35,

Vargas L. 1977b El stress desde el ángulo fisiopatológico Parte IV. *Rev Med Chile* 105: 123,

Vargas, L. 1981a. Componente psicológico del estrés en seres humanos Parte I. *Rev. Med. Chile* 109:441-451,

Vargas, L. 1981b. Componente psicológico del estrés en seres humanos. Parte II. *Rev Med. Chile*. 109: 533-541,

Vargas, L. 1994. Visión y reflexión sobre el estrés, derivadas de la investigación, con miras a una definición. *Anal. Acad. Nac. Cs. Ex. Fís. Nat.*, Buenos Aires, tomo 46,

Véliz J. 1986. Consulta psiquiátrica del policía en actividad en el hospital Central de la Sanidad de las Fuerzas Policiales (1973-1982). *Rev serv sanid fuerzas polic* 1: 27-37.

Vicente B., Saldivia S., Rioseco P., Vielma M., Escobar B., Medina E., et als. 1994. Trastornos psiquiátricos en diez comunas de Santiago: Prevalencia de seis meses. *Rev. Psiquiatría* 4: 194-202.

Vielma M., Vicente B., Rioseco P., Escobar B., Saldivia S., Cruzat M., Medina E., Vicente M. 1994. Utilización de servicios de salud en la provincia de Santiago. *Rev Psiquiatría* 4: 203-210.

Vitriol, V. 2002. Trauma Infantil en Psicopatología Adulta: estudio empírico en Mujeres consultantes en un Servicio de Salud Mental”; Tesis de magister U. A Bello, Santiago de Chile

Vitriol V., Valdivieso S., Cruz C. 1994. Estructura de la morbilidad psiquiátrica en un sistema de atención ambulatorio de nivel secundario. Rev Chil de Neuro-Psiquiat. 32: Supl.5: 149.

Von Bergen, A 2000. Investigación empírica en psicoterapia: Validación del cuestionario de resultados terapéuticos OQ45.2. Tesis (Licenciatura de Psicología). Universidad Nacional Andrés Bello. Santiago de Chile.

Walker E, Katon W. 1993. Sexual aggression history in patients with irritable colon or intestinal inflammatory disease. Am J Psychiatry 150: 1502 – 6

Weil L., Florenzano R., Vitriol V., Cruz C., Carvajal C., Fullerton C., Muniz C. 2004. Trauma infantil y psicopatología adulta: un estudio empírico. Rev Méd Chile 132: 1499-1504

Weiss E, Longhurst J, Mcguire C. 1999. Childhood Sexual Abuse a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. Am J Psychiatry 156: 816-828.

Woodruff R., Gardial S. 1996. Know your customer, New approaches to understanding customer value and satisfaction. Blackwell Publishers,

Zollinger W. D., Boslego J., Moran E., García J., Cruz C., Ruíz S., Brandt B., Martínez M., Arthur J., Underwood P., Hankins W., Gilly J. and the Chilean National Committee For Meningococcal Disease. 1991 Dec. Meningococcal Serogroup B Vaccine Protection Trial and Follow-up Studies in Chile. NIPH Annals 14(2): 211-213.

ANEXO N° 1

PAUTA DE ENTREVISTA

Usted tiene o ha tenido una relación con el centro de atención, y el objetivo de esta entrevista es conversar y discutir acerca del nivel de satisfacción que usted presenta con este servicio. La información que nos entregue ayuda a este servicio a diseñar y entregar una mejor atención, considerando sus expectativas y necesidades como usuarios.

♦ **Puntos de Contacto:**

Pensando en el centro de atención y en la relación que usted tiene o ha tenido con él:

- ¿Cuáles son los momentos más importantes en que usted se relaciona o entra en contacto con el centro? Por ejemplo, explorar aspectos como:
 - ♦ Atención telefónica
 - ♦ Proceso de admisión
 - ♦ Contacto con especialistas (médicos, paramédicos, enfermeras, psicólogos, etc.)
 - ♦ Proceso de pago
 - ♦ Otros
- Pensando en cada uno de estos momentos o situaciones: ¿Qué cosas son importantes de encontrar en cada uno de esos momentos o situaciones para decir que se siente satisfecho con lo recibido? (recoger ejemplos de buenas experiencias)
- ¿Qué cosas hacen que uno no se sienta satisfecho con lo recibido en cada uno de esos puntos? (Indagar en problemas que ha tenido el entrevistado)

♦ **Aspectos generales de evaluación:**

Pensando en los aspectos que usted mencionó anteriormente:

- ¿En qué aspectos del servicio se destaca positivamente el centro de atención?
- ¿Cuáles son las principales falencias de servicio que usted ve en el centro de atención? ¿Qué cosas cree usted que necesita mejorar este centro?
- ¿Cuáles son sus expectativas al pensar en un servicio como éste?

Anexo N° 2

Satisfacción Clientes/Usuarios centro médico

Nombre del entrevistado: _____ N°

Ingreso: _____

Número de teléfono: _____ Acepta entrevista: 1. SI ☐ 2. NO

☐

Buenos días (tardes), mi nombre es

_____ y soy estudiante de la Universidad de los Andes. Quería pedirle un poco de su tiempo para hacerle algunas preguntas sobre su experiencia como paciente del centro médico. Sus respuestas serán completamente confidenciales y nos servirán para mejorar la atención que se entrega a los pacientes del centro médico. Muchas gracias.

I DEFINICION DEL PACIENTE

- Ud. Solicitó hora en Psiquiatría y no asistió (**PACIENTE 1, ir a pregunta 1 a 5**)
- O asistió a entrevista con el médico-psiquiatra (**PACIENTE 2**)
- O estuvo o está en control con el médico-psiquiatra y psicólogo (**PACIENTE 3**)

(Para paciente 2 y 3, ir a preguntas 1, 3, 4, 5 y 10 a 28)

1. ¿Cuál fue la razón para solicitar hora con el médico-psiquiatra?

2. Ud. Solicitó una hora y no asistió a la primera entrevista con el psiquiatra. ¿Me podría señalar el motivo por el cual no asistió a su consulta con el médico?
(**Respuesta espontánea**)

(**Se codifica respuesta**)

- ☐ a) pasó mucho tiempo entre que la necesité y la conseguí.
- ☐ b) me atemorizo la idea de ir al psiquiatra
- ☐ c) el horario no se ajustaba a mis necesidades
- ☐ d) otra persona me envió (pariente o profesional), pero yo no quería ir
- ☐ e) obtuve una solución antes de la fecha de atención
- ☐ f) dificultades administrativas tales como mala atención o pago de bonos

4. ¿Cómo se enteró de la existencia del centro médico?
 5. **(hacerla abierta y codificar)**

-
-
- ☐ a) medios de comunicación: diario, dato aviso, T.V., otro
☐ b) hospital
☐ c) amigo, pariente.
☐ d) médico u otro profesional de salud.
☐ e) otro medio: _____

4. ¿Es la primera vez que acude a un médico para solicitar apoyo de tipo psicológico o psiquiátrico?

1. SI ☐

2. NO ☐

5. ¿Ha recibido atención médica de cualquier especialidad con anterioridad en el centro médico?

1. SI ☐

2. NO ☐

Para PACIENTE 1:

Si la respuesta es **SI** a la pregunta 5, hacer preguntas 19 a 28 y regresar a preguntas 6 a 9, terminar y agradecer

Si la respuesta es **NO**, hacer preguntas 6 a 9, terminar y agradecer.

A continuación le haré algunas preguntas que nos permitirán conocerlo mejor:

6. ¿Cuál es su edad?

☐ a) 18 a 25 años

☐ b) 26 a 35 años

☐ c) 36 a 45 años

☐ d) 46 o más años

7. Comuna residencia: _____

8. ¿Cuál es su actividad?

☐ 1: Dueña de casa (No trabaja fuera del hogar)

☐ 2: Trabaja fuera del hogar

☐ 3: Estudiante

☐ 4: Busca trabajo

☐ 5: Jubilado

9. ¿Cuál es su nivel de educación?

☐ 1. Básica incompleta o menos

☐ 2. Básica completa

☐ 3. Media incompleta. Media técnica completa (Liceo Industrial o Comercial)

☐ 4. Media completa. Superior técnica incompleta (Instituto)

☐ 5. Universidad incompleta. Superior técnica completa (Instituto)

☐ 6. Universitaria completa

☐ 7. Post grado (master, doctorado o equivalente)

II EVALUACION VALORES:

Ahora le voy a pedir que me diga que tan de acuerdo está Ud. con las siguientes frases que le voy a leer referentes a la atención y el servicio recibido en el centro médico. Para evaluar utilice la siguiente escala:

Totalmente en desacuerdo	1	2	3	4	5	6	7	Totalmente de acuerdo
--------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

☐ 10. Después de ser atendido en el centro médico me he sentido mejor como persona

III EVALUACION CONSECUENCIAS:

- ☐ 11. Las personas que me atendieron lograron hacer que me sintiera escuchada y poder contar mi problema, desahogarme
- ☐ 12. Las personas que me atendieron fueron capaces de ponerse en mi lugar, sin criticarme
- ☐ 13. Las personas que me atendieron lograron que viera mi problema desde otro punto de vista
- ☐ 14. El lugar donde me atendieron me dio la sensación de seguridad y confianza para poder contar mi problema
- ☐ 15. Las personas que me atendieron se comprometieron con mi problema
- ☐ 16. La información del psiquiatra / psicólogo estuvo de acuerdo con la de los doctores que me derivaron y / o me atendieron al inicio de mi problema
- ☐ 17. En el centro médico logré ser atendido cuando lo necesitaba y de acuerdo a mis posibilidades
- ☐ 18. Luego de ser atendido en el centro médico siento que he comenzado a resolver mi problema o al menos ser capaz de vivir con él sin que me afecte como antes

IV EVALUACION ARENAS:

• INFRAESTRUCTURA Y SECRETARIA

Ahora le voy a pedir que califique el funcionamiento de los servicios generales del centro médico, en una serie de aspectos, utilizando una escala de notas de **1** a **7**, como en el colegio. **(Hacer la distinción con la escala anterior)**

Primero, le voy a pedir que evalúe la infraestructura del centro médico.

☐ 19. La infraestructura del centro médico en general

Ahora quiero que califique dos aspectos relacionados con la infraestructura del centro médico

- ☐ 20. La comodidad de las salas de espera
- ☐ 21. La privacidad de las consultas donde atienden los doctores y sicólogos
- ☐ 22. A continuación le voy a pedir que evalúe la atención que recibió de las secretarias en general, utilizando nuevamente la escala de notas de 1 a 7

Ahora quiero que califique el servicio que recibió de parte de las secretarias del centro médico, en una serie de aspectos.

- ☐ 23. La facilidad de comunicación telefónica
- ☐ 24. La rapidez en la obtención de horas
- ☐ 25. La disponibilidad de horas que se ajusten a sus horarios
- ☐ 26. Lo adecuado del valor de los bonos y las consultas
- ☐ 27. La disposición y amabilidad de las secretarias a prestarle un buen servicio
- ☐ 28. La capacidad de las secretarias para responder a consultas y dudas

• **PROFESIONALES: MÉDICO-PSIQUIATRA Y PSICÓLOGOS**

Fue atendido (**LEER ALTERNATIVAS**):

(PACIENTE 2) Sólo por un médico-psiquiatra (**pasar a preguntas 29 a 35, luego 43 a 49 y 52 a 54**)

(PACIENTE 3) Ambos Profesionales (**preguntas 29 a 54**)

• **MEDICO-PSIQUIATRA**

- ☐ 29. A continuación quiero que califique la atención del médico-psiquiatra en general, recuerde que debe utilizar una escala de notas de 1 a 7

Ahora le voy a pedir que evalúe al médico-psiquiatra que le atendió en el centro médico en algunos aspectos:

- ☐ 30. La capacidad del médico-psiquiatra para explicar la enfermedad y el tratamiento en un lenguaje comprensible
- ☐ 31. La capacidad del médico-psiquiatra para involucrarlo a Ud. en la solución del problema
- ☐ 32. La capacidad del médico-psiquiatra para mostrarle su problema y las alternativas de solución desde un punto de vista distinto al suyo
- ☐ 33. La información entregada por el médico-psiquiatra respecto de la duración y costos del tratamiento
- ☐ 34. La capacidad del médico-psiquiatra para desarrollar un tratamiento de una duración adecuada
- ☐ 35. La confianza y seguridad profesional que le inspiró el médico-psiquiatra

• **PSICOLOGO**

- ☐ 36. Ahora le voy a pedir que evalúe la atención recibida por el psicólogo en general, recuerde que debe utilizar una escala de notas de 1 a 7

A continuación quiero que califique una serie de aspectos relacionados con el psicólogo que le atendió en el centro médico.

- ☐ 37. La capacidad del psicólogo para explicar la enfermedad y el tratamiento en un lenguaje comprensible
- ☐ 38. La capacidad del psicólogo para involucrarlo a Ud. en la solución del problema
- ☐ 39. La capacidad del psicólogo para presentarle su problema y las alternativas de solución desde un punto de vista distinto al suyo
- ☐ 40. La información entregada por el psicólogo respecto de la duración y costos del tratamiento

- ☐ 41. La capacidad del psicólogo para desarrollar un tratamiento de una duración adecuada
- ☐ 42. La confianza y seguridad profesional que inspiró el psicólogo.

V PROBLEMAS

43. ¿Tuvo algún problema durante su atención en el centro médico?

1. SI ☐

2: NO ☐

44. ¿Qué problemas tuvo? (**respuesta espontánea**)

45. ¿El problema fue solucionado? (**leer alternativas**)

☐ 1. Sí, satisfactoriamente

☐ 2. Sí, pero insatisfactoriamente

☐ 3. No fue solucionado

☐ 4. No lo comunicó

VI BONDADES

46. ¿Qué fue lo que más le gustó de la atención del centro médico?

VII TRATAMIENTO

47. En el caso de tratamiento farmacológico con el médico-psiquiatra:

¿Continuó en control de acuerdo a lo indicado por su médico-psiquiatra?

1. SI ☐

2. NO ☐

48. Si la respuesta es **NO** ¿Por qué?

(**Codificar respuesta**)

☐ a) por falta de dinero

☐ b) por problemas de horario

☐ c) me sentí mejor y decidí no seguir

☐ d) por la mala atención

☐ e) otra razón: _____

49. ¿Ha continuado tomando los medicamentos por su cuenta?

1. SI ☐

2.NO ☐

50. En el caso del tratamiento psicológico:

¿Completó el tratamiento de acuerdo a lo indicado?

1 SI ☐

2 NO ☐

51. Si la respuesta es **NO** ¿Por qué?

(Codificar respuesta)

- ☐ a) por falta de dinero
- ☐ b) por problemas de horario
- ☐ c) me sentí mejor y decidí no seguir
- ☐ d) por la mala atención
- ☐ e) otra razón: _____

VIII LEALTAD

52. Si tuviera nuevamente un problema psicológico similar al que motivó su atención en el centro médico

¿Cree Ud. que solicitaría ser atendido en ese centro médico?

- ☐ a) Con toda seguridad no solicitaría atención nuevamente
- ☐ b) No tengo claro si lo haría
- ☐ c) Con toda seguridad solicitaría nuevamente atención

53. Si tuviera otro problema de salud

¿Cree Ud. que solicitaría ser atendido en el centro médico?

- ☐ a) Con toda seguridad no solicitaría atención nuevamente
- ☐ b) No tengo claro si lo haría
- ☐ c) Con toda seguridad solicitaría nuevamente atención

54. ¿Recomendaría Ud. a algún pariente o amigo atenderse con el médico psiquiatra del centro médico?

- ☐ a) Con toda seguridad no lo recomendaría
- ☐ b) No tengo claro si lo recomendaría
- ☐ c) Con toda seguridad lo recomendaría

55. ¿Recomendaría Ud. a algún pariente o amigo atenderse con los psicólogos del centro médico?

- ☐ a) Con toda seguridad no lo recomendaría
- ☐ b) No tengo claro si lo recomendaría
- ☐ c) Con toda seguridad lo recomendaría